

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 68

LES
Polyadénomes de l'Intestin
—
DÉGÉNÉRESCENCE POLYPEUSE
—

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ TALON

Élève de l'École du Service de santé militaire

Externe des Hôpitaux

Né à Toulouse, le 10 avril 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552407_0004

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1899-1900. — N° 68

LES
Polyadénomes de l'Intestin
—
DÉGÉNÉRESCENCE POLYPEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 5 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ TALON

Externe des Hôpitaux

Élève de l'École du Service de santé militaire

Né à Toulouse, le 10 avril 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLÉTON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE,	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVJOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur ;
MM. WEILL et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Le Docteur ÉMILE TALON

MÉDECIN PRINCIPAL DE 1^{re} CLASSE

MÉDECIN-CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DU DEY

Alger, 9 novembre, 1890.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TRIPIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A Monsieur le Docteur GANGOLPHE

CHIRURGIEN-MAJOR DE L'HOTEL-DIEU

AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

Voilà un peu plus de neuf ans que, par une triste matinée de novembre, lorsqu'il se rendait à son hôpital, mon père fut frappé de mort, nous laissant sans appui, avec un jeune frère, auprès de notre mère désolée, là où les hasards de la vie militaire nous avaient conduits. Ses précieux avis nous faisant désormais défaut, il nous léguait du moins l'exemple d'une vie d'honneur, de dévouement et de travail. C'est, nous l'assurons fermement, un modèle que nous nous appliquerons à imiter. Terminant nos études médicales, et entrant dans la carrière où il nous a précédé, il nous est difficile de détacher notre pensée de ces douloureux souvenirs; ils ne nous feront pas oublier cependant les devoirs de reconnaissance qu'il nous est si doux d'exprimer. . . .

A nos maîtres de l'hôpital militaire Desgenettes, MM. les médecins-majors Boisson, Benoît, Bernard, Marcus, Batut et Riobanc qui ont guidé nos premiers pas.

A nos maîtres de l'Université de Lyon, et parti-

culièrement à ceux qui furent nos chefs de service pendant notre externat dans les hôpitaux.

M. le professeur Gayet nous a initié à l'ophtalmologie, avec une bienveillance dont nous garderons l'impérissable souvenir.

Nous sommes justement fier d'avoir été pendant six mois l'externe de M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ; nous nous reporterons souvent, dans le cours de notre carrière, aux leçons que nous avons reçues de lui dans les cas infiniment divers observés dans son service. Sa sûreté de diagnostic, son brillant talent opératoire, son incomparable bonté vis-à-vis des malades, resteront fidèlement dans notre mémoire. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements pour les enseignements qu'il nous a donnés ; il y a mis le comble en nous dirigeant dans une thèse dont il nous a donné l'idée.

Que M. le docteur Bouveret, médecin des hôpitaux, reçoive ici l'assurance du profond regret que nous éprouvons de ne pouvoir suivre plus longtemps ses intéressantes et savantes cliniques.

M. le professeur Tripier veut bien accepter la présidence de cette thèse ; c'est un très grand honneur qu'il nous fait, que notre gratitude a de la peine à égaler.

INTRODUCTION

Les nombreuses observations de polypes du rectum parues dans les revues françaises ou étrangères ont ajouté bien peu de chose à la magistrale description qu'en faisait Stolz dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, en 1841.

Mais, depuis une dizaine d'années, se sont multipliées dans la littérature étrangère, en Allemagne surtout, les intéressantes observations d'une affection non décrite encore dans une monographie particulière, mais bien constatée jusqu'ici, plus à l'autopsie qu'à la clinique, par des auteurs du plus haut mérite, et caractérisée par une multiplicité considérable des proliférations polypeuses.

La polypose intestinale n'existe pas lorsque quelques polypes seulement sont rencontrés; la muqueuse est malade sur une grande étendue; parfois la surface entière du gros intestin est atteinte, le rectum l'est dans la plupart des cas, l'intestin grêle rarement. Les modifications de la muqueuse consistent en petites élévations verruqueuses à base grêle ou large

de la grosseur d'une tête d'épingle, d'un pois ou d'un haricot ; ces élévations étant dressées et serrées les unes contre les autres comme les poils d'un tapis. A côté de ces élévations sont, le plus souvent, des polypes muqueux de grosseur moyenne et pédiculés, grosseur atteignant la taille d'une noisette ou d'une noix, mais plus souvent encore se présentant sous de grandes dimensions et sous la forme d'agglomérations atteignant et dépassant la paume de la main.

Telle est la forme sous laquelle se présente cette étrange affection dont la littérature médicale n'avait que quelques observations isolées, décrites à peu près toutes sous des désignations différentes, telles que celles de Lebert — la plus ancienne — de Virchow et de Guillet ; lorsque, à peu près à la même époque parurent en Allemagne plusieurs travaux importants où la question était longuement traitée. Citons le travail de Port (1) en 1896, à propos d'un cas observé à la clinique chirurgicale de Greifswald, par le professeur Helferich ; le travail de Hauser (2), professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'Université d'Erlangen, et enfin le long mémoire de Schwab rapportant plusieurs cas de la clinique du professeur Czerny (3), de Heidelberg, datant de 1897.

(1) Multiple Polypenbildung im Tractus intestinalis. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, .. 42, 1896.

(2) Ueber Polyposis intestinalis adenomatosa und deren Beziehung zur Krebsentwicklung, 1895. *Deutsch. Arch. für Klin. Medic.*

(3) Schwab. *Beitrage, Z. Klin. Chir.* XVIII, 1897.

L'année 1899 a vu paraître deux importants travaux, un du professeur Rotter (1) dans les *Archives de Langenbeck* ; l'autre — le premier mémoire français — de MM. Quénu et Landel (2) paru dans la *Revue de Chirurgie*, travail auquel nous ferons de nombreux emprunts.

Nous disions tout à l'heure que le nombre des désignations égalait le nombre des observations, ce n'est pas beaucoup exagérer. Depuis Virchow, qui avait proposé les noms de *polypose du gros intestin* et celui de *colite polypeuse*, Hauser a décrit des cas, sous la rubrique de *polypose intestinale adénomateuse*, tandis que, en Angleterre, Whitehead lui attribuait le nom d'*adénomes multiples du colon et du rectum* ; Cripps, en Angleterre aussi, crut devoir désigner cette affection sous le nom de *polypes disséminés*.

Malgré la considérable autorité de noms aussi illustres, nous nous permettrons de conserver à notre travail, le titre qu'ont récemment indiqué MM. Quénu et Landel, celui de *polyadénomes de l'intestin*, un pareil titre ayant l'avantage, par sa généralité, de ne rien faire présumer ni de la nature de la tumeur, ni de son siège, mais, par contre, en définissant nettement le genre histologique.

(1) Rectite polypeuse, adénome malin, par le professeur J. Rotter, 1899. *Archiv. für Klinische Chirurgie de Langenbeck*.

(2) QUÉNU et LANDEL. — Les polyadénomes du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, mai 1899.

Notre travail comprendra cinq chapitres :

Le premier sera consacré à l'étiologie de l'affection.

Le second, à l'anatomie pathologique.

Le troisième, à la symptomatologie et au diagnostic.

Le quatrième, au pronostic.

Le cinquième chapitre sera consacré au traitement à opposer à une pareille maladie.

CHAPITRE PREMIER

Étiologie

C'est la jeunesse qui est la plus atteinte par l'affection qui nous occupe, non l'extrême, celle qui paie un tribut aux polypes du rectum, mais plutôt celle de la vingtième année.

Nous avons cherché sur tous les cas que nous connaissions de polyadénomes de l'intestin et nous avons pu arriver au tableau suivant :

Au dessous de 16 ans.....	4
De 16 ans à 30 ans.....	18
De 31 ans à 45 ans.....	8
De 46 ans à 60 ans.....	4
A 61 ans et au dessus.....	4

C'est même exclusivement au dessous de 30 ans, d'une manière générale du moins, qu'il faut placer la maladie qui nous occupe. Nous discuterons plus loin les cas trouvés au-dessus de 40 ans et nous verrons que, sous diverse formes, est entré dans l'affection

un élément nouveau et avec lui un caractère bien différent. On voit alors le polyadénome coexister avec un cancer, ou peut-être se transformer en une tumeur maligne ; l'état vraiment pur du polyadénome est à rechercher chez des individus plus jeunes.

Il est difficile de dire d'une façon bien certaine si l'homme est plus atteint que la femme ; notre tableau nous indique le nombre de 23 hommes pour 25 du côté des femmes ; mais nous croyons que la différence a peu d'importance.

L'affection n'est probablement pas plus fréquente en Allemagne qu'en France, c'est à des circonstances bien différentes de celles purement étiologiques qu'il faut attribuer les cas décrits en plus grand nombre en Allemagne ou en Angleterre qu'en France.

Quant aux causes immédiates qui ont pu être suivies de polyadénomes de l'intestin il en est peu à accepter sans réserves. Non que les observations soient peu explicites, comme sont prêts à s'en plaindre Quénu et Hartman mais parce que les observations se contredisent entre elles.

Plusieurs notent le catarrhe intestinal existant depuis longtemps ; Richet lui attribue tout le mal pour la malade atteinte de polyadénome dont l'observation est citée plus loin. Il dit que des « diarrhées continuelles sanguinolentes depuis l'enfance, avaient enflammé la muqueuse rectale et les organes glandulaires et folliculaires qu'elle contient et c'est à cette influence qu'il faut attribuer cette affection générale des follicules glandulaires ». Il insiste plus loin sur les dangers de laisser s'établir des diarrhées

chroniques. C'est la diarrhée qu'accuse Luschka dont la malade avait à se plaindre depuis 12 à 15 ans ; c'est à elle que Schwal attribue l'affection. Le malade d'Holtmann avait des troubles intestinaux caractérisés par des alternatives de constipation et de diarrhée. Ainsi était le malade de Skifalowski.

L'objection qui, la première, se présente à l'esprit, est celle de savoir si le catarrhe a précédé les polypes ou si il ne les a pas suivis ; aucune preuve bien décisive ne vient emporter le doute. Nous verrons, dans la symptomatologie la diarrhée revenir comme un signe constant de l'affection ; elle ne paraît pas être une cause bien certaine.

D'autant plus que si Petrow, par exemple, semble accuser la diarrhée chronique dans un cas de polypes multiples de l'estomac et de l'intestin, avec transformation carcinomateuse, « ce que ne contredit aucun des membres de la Société des Médecins russes de Saint-Pétersbourg, présents à la séance » (25 janvier 1896), Helferich (de Greifswald), pour une affection semblable, n'hésite pas à en accuser la constipation, ce en quoi il se rencontre avec M. Horand, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, dans une observation très complète sur laquelle nous nous proposons de revenir.

Belleli (1), dans un cas, a accusé les œufs du distomum hæmatobium du développement d'un fibroadénome du rectum. On ne peut vraiment pas attri-

(1) BELLELI. — Du rôle des parasites dans le développement de certaines tumeurs. *Progrès Médical*, 1885, n° 30.

buer à des parasites l'origine des polyadénomes de l'intestin; l'observation que nous indiquons est isolée.

De divers côtés (Hüss—uncas de Lebert—Virchow — Ziegler— Lushka), la dysenterie est accusée, ce qui expliquerait jusqu'à un certain point la prédominance plus grande des tumeurs sur le colon, et le nom de colite polypeuse donné par Virchow à l'affection. Mais les cas sont nombreux où la dysenterie est en vain cherchée, est-ce alors à la fièvre typhoïde ou à la tuberculose qu'il faut faire remonter les autres ?

Mais l'esprit ne peut pas être satisfait longtemps par l'idée d'un contagé provoquant le processus que nous étudions. Hauser s'est un instant demandé si un microbe semblable au coccidium oviforme qui provoque des modifications particulières du côté de l'épithélium des canaux biliaires du lapin ne devait pas être incriminé. Les glandes de l'intestin et de l'estomac subiraient, paraît-il, des modifications cellulaires à rapprocher de celles que le coccidium oviforme provoque. Mais, malheureusement Hauser n'examine la question que pour l'écarter bientôt, malgré l'examen soigneux et l'application des méthodes de coloration différentes dont on a coutume de se servir pour les recherches microbiologiques, il n'a pu retrouver de figures ressemblant à un contagé.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Si les polypes atteignent fréquemment l'intestin, c'est en général dans sa partie inférieure et au rectum particulièrement que se limite l'affection et encore faut-il s'empressez d'ajouter que ce ne sont que des polypes isolés ou quelquefois des agglomérats d'excroissances pédiculées n'occupant qu'un petit district de la muqueuse.

Les polyadénomes de l'intestin tels que nous les comprenons, peuvent être disséminés dans tout l'appareil digestif et peuvent en occuper toutes les portions depuis l'estomac jusqu'à l'anus, quoique les observations d'une pareille généralisation soient peu nombreuses.

Sans exagérer une fréquence qu'ils n'ont certainement pas, nous croyons que les polyadénomes de l'intestin sont en bien plus grand nombre qu'on ne peut en juger d'après la quantité des observations publiées; une cinquantaine environ. Nous croyons que

bien des autopsies incomplètement faites sont à accuser des polyadénomes laissés inaperçus.

Dans bien des cas, probablement dans des cancers de l'estomac ou du rectum coexistant souvent avec des polyadénomes, l'attention n'a été attirée que vers la lésion principale, pendant que celle-ci semblait expliquer tous les symptômes observés pendant la vie et la lésion moins importante n'a pas été recherchée.

Mais nous ne devons pas exagérer la fréquence de l'affection. Smith, après en avoir observé un cas, assure n'en avoir rencontré que trois spécimens dans les divers musées de Londres, et le musée Dupuytren n'en aurait qu'un échantillon donné par Gaubric, en 1842. Nous devons même ajouter que la description de la pièce ne correspond guère à l'affection que nous décrivons, et l'identité est loin d'être démontrée. Le petit nombre des observations existant dans la science, une cinquantaine avons-nous dit, indique que nous avons affaire à une affection rare.

Le nombre des polypes est, en général, très grand dans l'affection dont nous nous occupons; si quelques observateurs n'en mentionnent qu'une trentaine, la généralité en note plusieurs centaines et trois fois sur 36 cas bien étudiés, plusieurs milliers de polypes sont signalés.

Les polyadénomes se trouvent dans le gros intestin, avec prédominance dans le rectum ou remontent dans l'intestin grêle. La généralité des cas comporte la localisation au gros intestin seulement.

La statistique suivante, empruntée au travail de MM. Quénu et Landel, indique la fréquence des localisations.

Sur 40 cas accompagnés d'un examen suffisant à la suite d'une opération chirurgicale ou à l'autopsie, nous observons :

13 fois la polypose localisée au rectum.

9 fois la polypose localisée au colon et au rectum.

13 fois localisée dans tout le gros intestin jusqu'à la valvule de Bauhin.

3 fois dans l'intestin tout entier et une partie de l'estomac.

2 fois seulement, ils ont été rencontrés dans le colon.

Le gros intestin est donc le plus souvent atteint et le rectum, dans la plupart des cas, contient des polyposes; ainsi l'observation de Hauser, que nous reproduisons en entier, comprenant l'atteinte de tout l'intestin par les polyadénomes, avec prédominance bien marquée pour le rectum est bien caractéristique.

OBSERVATION I

Cas de G. Hauser, professeur d'anatomie et de bactériologie à l'Université d'Erlangen.

Homme de 33 ans, qui était malade depuis onze semaines ; avant son arrivée à l'hôpital il présentait de fortes diarrhées et de violentes douleurs consécutives dans le bas-ventre. Quelques semaines plus tard le malade reconnut, pour la première fois, des mucosités sanguinolentes dans les selles. Ensuite il eut, pendant longtemps, quinze à vingt selles par

jour, pendant lesquelles il n'éliminait que très peu d'excréments mêlés de mucus et de sang ou bien les selles ne contenaient que quelque quantité de mucosités sanguinolentes. Il éliminait des liquides sentant particulièrement mauvais, quelquefois revenait une fréquence presque normale des selles; le tout avait été précédé d'une constipation marquée.

Au moment de son entrée le malade est très amaigri et cachectique. L'examen du rectum permet de constater au doigt, dès son entrée dans l'an us, des masses molles, polypeuses, siégeant particulièrement à gauche et en avant, masses qui font issue hors de l'an us sur une surface étendue; nulle part on ne tombe sur une muqueuse normale; sténose insignifiante. Rien d'anormal du côté des autres organes internes. Le 9 janvier on fait l'extirpation de la partie inférieure du rectum.

Le 17 janvier la mort survient par suite de péritonite et de pneumonie.

La partie du rectum enlevée, qui est abandonnée à l'Institut pathologique, est longue d'environ 8 centimètres et large de dix à douze. A la surface interne, muqueuse présentant des proliférations pressées les unes contre les autres, de la grosseur d'une tête d'épingle à la grosseur d'un noyau de cerise; les unes rondes, les autres irrégulières, verruqueuses et polypeuses, la surface est taillée en facettes, les proliférations polypeuses sont tantôt montées sur un pédicule long, tantôt elles sont sur base large, tandis que le pédicule est formé de longues bandes de plis muqueux fortement épaissis; aux deux côtés du morceau d'intestin réséqué s'élèvent des masses de tumeurs sensiblement plus grosses au-dessus de la muqueuse; elles reposent sur une base large; ces tumeurs, de grosseur moyenne, ont une surface taillée en facettes et montrent, d'une façon évidente, leur origine, c'est-à-dire la confluence très grande des proliférations polypeuses et leur agglomération.

Tout autour il n'existe presque plus de muqueuse normale. Partout les plis de la muqueuse sont manifestes. Au

niveau de ces proliférations, la muqueuse se trouve épaissie. Aux masses des tumeurs, celle-ci atteint une épaisseur de trois à quatre millimètres. Les couches restantes de l'intestin sont très épaissies, la sous-muqueuse, le tissu cellulaire péri-rectal sont épaissis. La sous-muqueuse est infiltrée et on trouve dans la couche musculaire deux petits dépôts ayant « l'aspect de la moelle. »

Dans le colon ascendant et transverse, comme dans le cœcum et l'anse sigmoïde, la muqueuse est rouge et, comme à la partie inférieure du rectum réséqué, on trouve des proliférations très nombreuses de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noisette, verruqueuses et polypeuses ; les excroissances simples verruqueuses comme les plis rigides de la muqueuse représentent tous les stades d'évolution vers les excroissances polypeuses en partie brièvement, en partie longuement pédiculés. Au niveau des excroissances polypeuses, la muqueuse est partout épaissie et infiltrée ; plus loin les excroissances polypeuses deviennent plus rares, dans le colon descendant on ne voit encore que des excroissances nombreuses, verruqueuses se tenant droites et raides. Partout la muqueuse est injectée. Il y a des polypes dans l'anse colique droite. Ils remontent même plus haut puisque l'iléon et le jéjunum contiennent des polypes ; le duodénum est aussi atteint.

La muqueuse de l'estomac est fortement injectée et fortement ecchymosée ; on trouve des proliférations verruqueuses dépassant parfois la grosseur d'une lentille. Le pylore n'échappe pas à ces formations.

Rien à signaler du côté des autres organes.

L'observation de Holtmann, que nous pourrions reproduire, est à peu près semblable.

Dans notre statistique nous n'avons trouvé que deux cas échappant à la règle que nous avons indiquée, que le rectum est atteint dans la polypose

intestinale; un de ces cas appartient à Hauser ; l'autre appartient à Virchow, nous en donnons l'observation résumée.

OBSERVATION II

Cas de VIRCHOW. — Die Krankhaften Geschwulste, 1863.

Jeune homme de 15 ans qui souffrait de dysenterie chronique. Cirrhose du foie et œdème. Il en mourut. Dans l'intestin on trouva de nombreuses éminences à surface ronde, presque fluctuantes; sur beaucoup on voyait des ouvertures petites, rondes, par lesquelles sortait une masse de mucus. Rien au rectum, les tumeurs étaient localisées au colon,

A l'ouverture d'un intestin atteint de polypose intestinale, on se trouve en présence de tumeurs auxquelles la généralité des auteurs a attribué la taille d'un pois, d'une cerise ou d'une tête d'épingle. Il faut considérer comme exceptionnels les cas de Port et de Fink, qui notent dans leurs observations la taille d'une œuf de pigeon qu'ils ont rencontré. Peut-être s'est-il introduit, dans les tumeurs qu'ils ont vues, un élément nouveau.

La forme des polypes de l'intestin est tantôt verruqueuse, tantôt arrondie et lisse, dans d'autres cas les polypes sont cylindriques ou en masses, ramifiés. Tantôt irréguliers, déchiquetés et courts, ils sont, d'autres fois longs avec une apparence vermi-forme et régulière.

Leur couleur dépend de leur vascularisation qui est assez développée; ils sont rouges, pigmentés quelquefois par les matières biliaires; leur teinte est

en général plus foncée que la muqueuse intestinale.

Les polypes peuvent être hyperémiés dans certains cas ou colorés par une hémorrhagie.

La surface est toujours abondamment recouverte de mucus. Leur consistance est molle.

La muqueuse environnante est rougeâtre.

Ces polypes peuvent être sessiles ou munis d'un pédicule plus ou moins large et plus ou moins long ; dans la règle, les plus petites tumeurs sont sessiles et les autres pédiculées ; les pédicules les plus longs, et les plus grêles se rencontrent dans les polypes de moyenne taille, les plus gros polypes étant plus souvent implantés sur un pédicule large et court. Le pédicule peut être assez allongé, Hauser a vu un cas où il atteignait 2 à 4 centimètres. Peut-être faut-il attribuer à une influence mécanique la forme qu'a le pédicule dans ce cas et Hauser n'hésite pas en considération de la constipation du malade qu'il a observé et de la situation de la tumeur à la partie la plus basse du tube digestif, à accuser le cours des matières, d'avoir donné cette forme aux tumeurs.

Il y a donc des polypes longs avec pédicule et des polypes courts à large base d'implantation. Nous voilà bien près des formations que M. Ménétrier a décrites sous les noms de polyadénomes polypeux et de polyadénomes en nappe.

Ces noms s'appliquent aux tumeurs adénomateuses de l'estomac.

L'assimilation est, en effet, très possible ; l'intestin et l'estomac sont très rapprochables au point de vue histologique et les formations sont identiques.

Tous les auteurs qui ont examiné les polypes de l'intestin s'accordent pour leur attribuer le nom de tumeur adénomateuse et les noms de polyadénomes polypeux et de polyadénomes en nappe de M. Ménétrier sont applicables à l'affection dont nous faisons l'histoire. D'autant plus que nous trouverons parmi les observations des cas de polyadénomes en nappe très nets, limités à une portion très restreinte de la muqueuse et ne pouvant pas malgré tout, être considérés comme un seul polype, mais comme un agglomérat (cas de Bickerstett—cas de Finck—cas de Hauser—cas de Witehead—cas de Guillet).

Les polyadénomes polypeux sont *au point de vue histologique* considérés comme formés par un épaississement de la muqueuse rattachée à cette membrane par un pédicule formé par un prolongement de la muqueuse et renferment des troncs nerveux et des vaisseaux épaissis, scléreux, remplis de sang. Le reste de la muqueuse intestinale présente toujours des lésions concomitantes d'entérite chronique. Au microscope on a cru voir dans les polypes, des glandes hypertrophiées, dont la portion tubulée, profonde deviendrait sinueuse. Les modifications de l'épithélium glandulaire sont plus certaines ; les cellules prismatiques, plus hautes que les cellules normales, subiraient quelquefois la transformation muqueuse et renfermeraient des boules de mucus ou bien encore deviendraient caliciformes. Il n'est pas rare de voir aboutir l'altération des tubes à la production de petits kystes.

Le *polyadénome en nappe* envahit une étendue plus ou moins considérable de la muqueuse intestinale et se révèle par un épaississement de la muqueuse qui forme des plis plus nombreux et plus minces.

Telle est résumée la description que M. Ménétrier donne des polyadénomes en nappe que nous retrouvons identique dans un long article de Hauser.

Au centre des tumeurs et entre les glandes on a affaire à du tissu conjonctif.

Le *pédicule* des adénomes de l'intestin est constitué par du tissu conjonctif assez lâche paraissant appartenir à la sous-muqueuse et tapissé par la muqueuse intestinale hypertrophiée.

Le tissu interstitiel contient des fibres musculaires lisses, venant de la *muscularis mucosæ*, des fibres conjonctives avec des cellules jeunes et de nombreux vaisseaux.

Quant à la *muqueuse intestinale* elle est, le plus souvent, rouge, hyperémiée ; les vaisseaux sont très injectés si on examine l'intestin par sa surface extérieure. Hauser, dans un cas, l'a trouvée atrophiée, Quénu a un cas qui se rapproche du précédent. Mais, dans une observation, Hauser signale une hypertrophie de la muqueuse avec allongement et ramification des tubes glandulaires. Le point a besoin de nouvelles recherches afin d'être élucidé.

De quelle nature sont ces productions ? On a dit que la tuberculose était pour quelque chose dans leur production.

En 1887, M. Girode présente à la Société anatomo-

mique un adénome de l'intestin grêle trouvé à l'autopsie d'un phtisique. L'examen microscopique soigneusement fait permet de reconnaître la structure des tumeurs que nous étudions. L'aspect extérieur répond à la même formation. Faut-il conclure que les polyadénomes de l'intestin ont une origine tuberculeuse ? On voit souvent la tuberculose provoquer des proliférations ; qu'est-ce autre chose pour certains auteurs, que les polypes du larynx ? Nous ne voulons pas rapprocher les deux formations au point de vue histologique ; nous voulons seulement dire que la tuberculose est capable de produire des proliférations.

M. le professeur Cornil, entrant dans la discussion ouverte à propos du cas de M. Girode, croit « qu'il s'agit d'un adénome parti vraisemblablement des glandes de Liberkühn. L'existence de ces tumeurs n'est pas très rare dans les cas de tuberculose, maladie dans laquelle il y a irritation de l'intestin, catarrhe, d'où hypertrophie glandulaire. De là à l'adénome, il n'y a qu'un pas ».

On peut certainement, et avec raison, croire à une origine tuberculeuse ; non seulement à cause de la fréquence avec laquelle la tuberculose produit le catarrhe intestinal et les lésions consécutives, mais encore parce que des observations très nettes plaident dans ce sens. Les individus atteints de polypose intestinale meurent, pour la plupart, avec les symptômes les plus accusés de l'anémie, de la cachexie, et de l'amaigrissement qui ne sont pas loin de rappeler l'état le plus avancé des phtisiques, mais il ne faut

pas oublier que bien des cas ne peuvent être rangés dans une semblable affection, malgré les observations de Tachard, de Wulf, de Guillet, et surtout de Desnos et de Lebert que nous rapporterons entièrement.

OBSERVATION III

PAR E. DESNOS, interne des Hôpitaux. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1880.

VÉGÉTATIONS POLYPIFORMES DU GROS INTESTIN CHEZ UN TUBERCULEUX.

Le nommé L..., Claude, âgé de 26 ans, journalier, se présenta à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Dujardin-Baumetz le 7 août 1880. Il se plaint depuis longtemps déjà d'un amaigrissement considérable. Dans son enfance, on constate chez lui plusieurs manifestations strumeuses, maux d'yeux de longue durée, adénites sous-maxillaires à répétition, impétigo de la face et du cuir chevelu. Plus âgé, il ne fit pas de grande maladie, mais il est toujours resté chétif; chaque hiver il s'enrhumait facilement et était incapable d'efforts prolongés. Il paraît présenter, d'ailleurs, des antécédents héréditaires, et son père serait mort à la suite d'une affection pulmonaire de longue durée.

Il y a 18 mois environ il se mit à tousser avec plus de violence que de coutume, presque aussitôt une hémoptysie apparut; puis s'établit une toux d'abord sèche et rare puis quinteuse et amenant une expectoration abondante. Amaigrissement.

Du côté du tube digestif il y eut peu de troubles pendant les premiers mois; puis l'appétit diminua et, il y a six mois, le malade eut de la diarrhée pour la première fois: elle céda à un traitement approprié au bout de quelques jours et ne reparut que trois mois après; elle s'établit et, graduellement, augmenta d'abondance; les traitements que le malade suivit

n'amenèrent aucune modification, et l'amaigrissement se prononça de plus en plus.

Etat actuel. — Malade cachectique, faciès très amaigri; dépressions sous-claviculaires très marquées. A la percussion on constate de la matité au sommet du thorax à droite et à gauche; cavités pulmonaires.

L'abdomen est un peu rétracté, douloureux au palper, surtout sur la partie latérale et dans la fosse iliaque gauche. La diarrhée est très abondante: il y a de dix à quinze selles par jour, tantôt complètement liquides, tantôt mélangées de mucosités filantes. L'état général est mauvais, l'appétit est nul, la soif vive; l'expectoration, très abondante est blanchâtre, aérée, rarement visqueuse.

2 septembre. — Hémorrhagie intestinale très abondante; le malade a rendu, en une seule selle, un litre et demi environ de sang à peu près pur; l'abdomen est très douloureux à la pression et, spontanément des coliques assez vives ont suivi l'hémorrhagie.

5 septembre. — La diarrhée muqueuse a reparu avec la même intensité; un peu de méléna dans une des selles.

8 septembre. — Pas trace d'hémorrhagie intestinale. Hémoptysie légère. Etat général de plus en plus mauvais. Œdème des membres inférieurs. Douleurs abdominales très vives à la pression.

12 septembre. — Diarrhée extrêmement abondante: 20 à 25 selles par jour; mucosités filantes en grande partie.

15 septembre. — Mort.

A l'autopsie, on trouve des poumons tuberculeux.

En incisant l'intestin, on ne constate, dans toute la première portion, qu'une légère vascularisation; celle-ci augmente progressivement à mesure qu'on s'approche de la valvule iléo-cœcale; sur la face même de cette valvule, qui regarde le colon, apparaissent les premières de ces productions qu'on retrouve dans tout le gros intestin et que nous

allons décrire. Ce sont de petites tumeurs qui font saillie dans la cavité intestinale.

Elles varient du volume d'un pois à celui d'une noisette et sont d'autant plus volumineuses qu'on s'approche du rectum ; là, elles se réunissent et obstruent presque entièrement la lumière de l'intestin ; elles sont assez semblables, à ce niveau, à de volumineuses marisques. Leur coloration, très foncée, est bleutée et tranche fortement sur celle de la muqueuse qui est restée normale. Quelques stries blanchâtres se font remarquer sur les productions les plus volumineuses. Les tumeurs, sessiles, aplaties, ne font nullement saillie du côté de la couche péritonéale et semblent naître de la muqueuse seule ; celle-ci, tout-à-fait saine près de la valvule de Bauhim, présente, au niveau du colon descendant, un épaississement manifeste et, dans les dernières portions, un aspect granuleux très marqué.

M. Brault fait l'examen de ces végétations et trouve :

1° A un faible grossissement il est facile à voir que la couche muqueuse seule prend part à l'altération ; néanmoins, la couche cellulaire sous-muqueuse, dans les points malades, est légèrement épaissie et vasculaire. La couche musculaire et la couche sous-péritonéale n'offrent aucune modification ;

2° A un grossissement plus considérable, on constate que la végétation est, dans toute son étendue, formée par la réunion de tubes glandulaires externes dilatés. Les parois des cavités sont formées par un tissu conjonctif adulte, ces parois sont tapissées par une seule couche de cellules cylindriques, presque toutes caliciformes. La lumière du conduit est occupée par un coagulum muqueux, tenant en suspension des grains de mucine et des débris de cellules épithéliales de revêtement.

En résumé, les végétations sont constituées par de véritables polypes muqueux et glandulaires à l'état de développement complet et dont le nombre devait donner lieu, pendant la vie, à un flot muqueux abondant.

OBSERVATION IV

LEBERT. — Anatomie pathologique, t. II.

POLYPES MULTIPLES SUR TOUTE LA SURFACE INTERNE DU COLON, ÉPAISSISSEMENT DE CES TUNIQUES. — PNEUMONIE DISSÉQUANTE DU LOBE MOYEN DROIT. — DIARRHÉE INCOERCIBLE. — PNEUMONIE GANGRÉNEUSE. — MORT.

Une femme âgée de 32 ans, habituellement bien portante, souffre, depuis un an, d'une diarrhée opiniâtre pour laquelle elle ne sait indiquer aucune cause. Elle est mère de trois enfants, dont le dernier a 2 ans. Elle a eu des couches heureuses, mais, depuis les dernières, ses règles n'ont plus reparu. Au commencement de sa maladie, elle n'a eu que trois ou quatre selles liquides par jour, sans coliques, mais ensuite, elle en a eu en moyenne dix à douze et quelquefois davantage. Son appétit s'est assez bien conservé, mais ses forces et son embonpoint ont beaucoup diminué. Elle entre à l'hôpital de Zurich, le 7 octobre 1854. Pendant tout le premier mois de son séjour, elle a bonne mine, bon appétit, pas, de fièvre, une langue nette, mais remarquablement lisse et rouge. Elle reste levée toute la journée et elle n'a point de fièvre. Elle a tous les jours huit à dix selles d'un blanc jaunâtre, liquides, offrant parfois des éléments purulents, mais ne tenant ordinairement en suspension que des épithélums et des masses granuleuses, jamais de sang. Les selles ne sont accompagnées ni de coliques, ni de ténesme; le ventre n'est point douloureux à la pression et ne fait apercevoir aucune tumeur. Elle n'a jamais eu ni nausées, ni vomissements. En introduisant le doigt dans le rectum, on sent, à quelques centimètres au-dessus de l'anus, une multitude de corps arrondis, du volume d'un petit ou d'un gros pois, à base trop solide pour qu'on puisse en enlever avec l'ongle. La malade reste pendant deux mois à l'hôpital. Pendant ce temps, on emploie, sans succès, les préparations opiacées,

l'azotate d'argent, le sous-nitrate de bismuth, l'acétate de plomb. Les astringents et les opaciés ont été également employés en lavements. La poitrine n'a rien offert d'anormal.

A partir du commencement de novembre, l'appétit diminue, la soif devient vive et l'amaigrissement fait des progrès. La langue devient encore plus rouge et plus lisse. Vers le milieu de novembre, pendant qu'elle prenait le cachou à la dose de un à deux grammes par jour, la diarrhée a un peu diminué; elle n'avait que 4 à 8 selles par jour. Mais ce mieux n'a duré que pendant une semaine environ. Déjà, dans la seconde moitié de novembre, elle ne peut plus quitter le lit que pendant quelques heures par jour; les garde-robes s'accompagnent de coliques et quelquefois de frissons. L'anorexie est complète; le pouls est habituellement de 84. Puis survient aussi du ténesme. La région du colon transverse devient douloureuse à la pression, il y a souvent du gargouillement dans la région iléo-colique; les urines sont rares, foncées, sans albumine, d'une pesanteur spécifique de 8 à 10.

Pendant la première moitié de décembre, la malade tombe promptement dans le marasme le plus complet. La langue et la muqueuse buccale deviennent le siège d'une exsudation blanchâtre, couenneuse, avec difficulté pour avaler et raucité de la voix. On cautérise les parties blanches accessibles avec l'acide chlorhydrique qui, en effet, fait disparaître une partie des exsudations. Mais, à partir du 12 décembre, la malade exhale une odeur fétide par la bouche; pour la première fois elle tousse et rend des crachats jaunâtres dont quelques-uns couleur rouille. La fièvre s'établit; la faiblesse devient extrême, au point qu'on ne peut plus ni l'ausculter ni la percuter. La diarrhée, pendant les derniers jours, est réduite à deux selles par jour. On prescrit, bien que l'on soupçonne une pneumonie, une décoction de quinquina, du vin de malaga, 1 à 2 centigrammes d'acétate de morphine pour le soir, et pour nourriture du lait et du bouillon. Le collapsus fait des progrès incessants et, après une longue agonie, la malade succombe le 19 décembre.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Liquide céphalo-rachidien notablement augmenté ; cerveau un peu mou, anémique, normal du reste. En ouvrant la poitrine, on trouve en avant, à droite, dans la moitié inférieure, un foyer purulent limité par le sternum, le diaphragme et la plèvre costale.

Les deux poumons sont œdématiés et le lobe moyen droit est en grande partie détruit par le foyer indiqué autour duquel se trouvent de petits foyers qui varient entre le volume d'un pois et celui d'une noix. Le lobe inférieur participe à cette altération, mais à un degré moindre que le moyen. Toutes les parties malades exhalent une odeur putride et dans le foyer principal se trouvent un gros morceau et plusieurs petits de tissu pulmonaire du volume d'un œuf, qui sont libres dans une bonne partie de leur circonférence et ne tiennent que par des pédicules et par des filaments aux parois du foyer. Ces morceaux nécrosés sont infiltrés de pus. Le cœur est très petit et renferme un caillot fibrineux et un autre plus petit dans le ventricule gauche ; le bord de la valvule mitrale offre un léger épaissement fibreux. Le foie, la rate et les reins sont normaux, très anémisés. L'estomac montre une muqueuse pâle, mais normale.

La muqueuse de l'intestin grêle offre quelques endroits hyperémiés ; elle est saine dans ses deux tiers supérieurs, ramollie et amincie dans son tiers inférieur et surtout dans le voisinage du cœcum. Mais au dessous de la valvule, et dans tout le trajet du gros intestin, la membrane muqueuse est d'un jaune grisâtre ou d'un gris ardoisé, et offre une multitude de petites tumeurs, qui varient entre les volumes d'une lentille, d'un pois et d'un haricot, de couleur rouge foncé, brune, grise ou noirâtre. Avant de donner des détails sur leur structure, nous ajouterons que, dans le gros intestin, toutes les tuniques sont épaissies, injectées, légèrement indurées, dans un état d'inflammation chronique. Ce n'est que dans le proche voisinage de l'anus que l'on constate une vive injection.

Les petits polypes qui existent par centaines ou sont pédiculés, ou ont une large base. On n'y reconnaît point de glandules. A leur surface, on voit de nombreux vaisseaux dont quelques-uns forment des arborisations en huit de chiffre, comme de petites papilles. Les glandules de la muqueuse circonvoisine sont normales. La structure des polypes est fibroïde avec quelques noyaux allongés ça et là, quelques granules et vésicules de graisse et beaucoup de grains pigmentaires noirâtres, que l'examen chimique fait reconnaître comme composé de sulfate de fer et comme résidu probable de sang extravasé. Le pseudo-pigment est promptement soluble dans l'acide chlorhydrique dilué. A la surface des polypes sont de nombreux cristaux de phosphate ammoniacomagnésien.

Ces deux observations, la première surtout, sont bien suggestives et regarder le polype de l'intestin comme une affection tuberculeuse, une forme de l'entérite bacillaire est une vue de l'esprit que nous adopterions volontiers si les cas étaient plus nombreux. Il faut encore une fois nous résigner à attendre des observations nouvelles.

Les polypes du rectum peuvent-ils être considérés comme une tumeur bénigne ? ou bien comme une tumeur de mauvaise nature ?

L'évolution semble nous indiquer que l'affection est des plus graves. Nous ne croyons pas toutefois à sa malignité. Autant par sa lenteur (une dizaine d'années en certains cas), que par les améliorations locales fréquemment survenues et permettant à l'affection de se prolonger longtemps ou même de guérir, que par la rareté des récidives dans certains cas, et que par l'âge des sujets ; la polyposse intestinale a

des lésions à caractère bénin. La gravité de la maladie est une gravité d'emprunt, elle vient de la fragilité des tumeurs, que les matières fécales éprouvent à chaque selle, de la richesse en vaisseaux de ces polypes prêts à se déchirer au moindre choc.

Et la cachexie doit être attribuée à ces diarrhées interminables, sanguinolentes dans la plupart des cas, qui caractérisent l'affection ; l'individu meurt d'anémie, d'une faiblesse que rien ne vient relever, épuisé par les frais d'une diarrhée constante à laquelle il faut suffire et par des pertes de sang que rien ne vient réparer.

Aussi, ne croyons-nous pas que les adénomes soient malins par eux-mêmes et que *sans transformation*, ils puissent être considérés comme des carcinomes au point de vue du pronostic... Nous ne croyons pas qu'ils puissent faire des métastases, et c'est certainement les calomnier que de leur donner le nom d'adénomes malins, ou carcinomes adénomateux, comme l'on proposé Orth et Ziegler. Ce n'est pas loin de cette idée que le professeur J. Rötter est prêt à se ranger, mais il nous semble que le cas, très intéressant d'ailleurs qu'il propose à notre discussion ne peut guère nous convaincre.

« C'est un cas qui s'est affirmé, dit-il, au point de vue anatomo-pathologique comme adénome malin, qui a pris pendant longtemps une tournure maligne et puis, qui est redevenu bénin, pour aboutir à une guérison spontanée ». C'est un cas bien extraordinaire, comme on le voit, et sur lequel il est prudent de ne pas s'appuyer pour nier aux adénomes la carac-

tère qu'on leur accorde généralement ; il est probable qu'il faut ranger l'observation parmi les erreurs de diagnostic, on n'a jamais eu affaire à un carcinome dans l'observation de Rötter.

OBSERVATION V

Cas de ROTTER. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*
de Langenbeck, 1899.

R. ., femme M..., 31 ans, entre le 9 septembre 1895 ; la malade, bien portante auparavant, présente, depuis son accouchement qui eut lieu en janvier dernier, un prolapsus du rectum et, depuis six semaines, elle souffre de diarrhées sanglantes et purulentes très fréquentes. La patiente n'a aucun antécédent héréditaire intéressant à noter.

Etat actuel. — Malade de faible apparence, très anémique ; à droite de l'anus se trouve une fistule anale complète qui sécrète un pus abondant ; lorsque la patiente pousse, plusieurs polypes muqueux sortent de l'anus ; ils sont de la grosseur d'une noisette et même d'une noix ; la surface n'est pas lisse, seulement au bord inférieur se trouvent encore plusieurs excroissances polypeuses grêlement pédiculés et assez longues qui font facilement prolapsus hors de l'anus ; entre les bosselures le doigt arrive dans les enfoncements profonds. De l'intestin sort une excrétion abondante composée de mucus, de sang et de pus.

Par le vagin le doigt sent le rectum comme un cylindre dur, compact, peu mobile qui remonte et qui peut être suivi derrière la voute du vagin.

La recherche microscopique (faite par le professeur Orth) montre que la néoformation est composée de proliférations étendues des tubes glandulaires avec des formations kystiques partielles et comme cette néoformation avait subi la dégénérescence muqueuse à un haut degré, on ne put constater

nullement une structure cancéreuse manifeste, si bien que le diagnostic posé fut adénome malin.

Le curetage, après récive, donna des amas de substances qui présentaient le même caractère. Le 10 septembre, la fistule de l'anús est ouverte au thermo-cautère. Un polype extirpé en cette circonstance se présenta comme un adénome.

Les grandes douleurs de la malade, la diarrhée, les selles extraordinairement fréquentes qui troublaient le repos nocturne, le ténésme, les excrétións abondantes qui toujours accentuaient l'état de faiblesse grandissant, obligèrent à une opération radicale pour s'assurer à quelle hauteur dans le gros intestin la lésion parvenait, pour savoir surtout si une opération radicale était possible.

Le 8 octobre 1895 une laparotomie est faite; on constate alors que l'épaississement du rectum atteint le tiers supérieur de celui-ci, que l'S iliaque et le reste du gros intestin ne présentent qu'un épaississement léger de la paroi; un seul polype, de la grosseur d'une noisette, est senti à la partie supérieure de l'anse sigmoide et il est extirpé par une petite incision au travers de la paroi. Pas cette ouverture on peut voir que la muqueuse n'est pas si lisse qu'à l'état normal, mais présentait des élévations verruqueuses de la grosseur d'un petit grain de millet jusqu'à la grosseur d'un grain de chanvre. Suture de l'intestin, fermeture de la cavité abdominale; guérison sans accident.

Après que, par cette laparotomie exploratrice, on se fut assuré que le rectum malade pouvait être extirpé, le 31 octobre 1895, extirpation du rectum, dans une partie allant du vagin à la base du coccyx; comme la néoformation remonte en partie jusqu'au sphincter, celui-ci est réséqué. L'ablation du rectum présente pour cela plus de difficultés que d'habitude, parce que la paroi était hypertrophiée en une masse grosse comme le doigt, raide et cassante; deux ou trois fois elle fut arrachée et une fois la paroi vaginale postérieure fut perforée en haut en une place où la néoformation s'était étendue. Le rectum est amputé au des-

sus de l'anus et la partie terminale supérieure est cousue à la peau. Après la réunion la malade ne fut plus si faible et la guérison se poursuivit sans encombre sous un tamponnement de gaze iodoformée enlevé le 8^e et 11^e jour. Il y eut un début de récurrence mais l'élimination des selles se faisait sans difficulté sous l'influence de lavements réguliers; la sécrétion de l'intestin avait presque disparu. Le rectum amputé offrit les caractères suivants : la néoformation entoure circulairement le rectum et cesse, en haut et en bas, par une délimitation horizontale ; la partie inférieure de la ligne est éloignée de 2 centimètres des lacunes de Morgagni, la ligne supérieure est à 15 centimètres plus haut. La tumeur est constituée par des excroissances à base large de la grosseur d'une noix à celle d'un pois; la surface, loin d'être lisse, ulcérée, permet de reconnaître de nombreux sphacèles nécrotiques. Sur le bord inférieur seulement des proliférations ont encore par place une certaine ressemblance avec des polypes adénomateux tandis que, pour le reste, la néoformation présente l'aspect d'un cancer colloïde. La coupe à travers la paroi de l'intestin montre qu'on ne peut plus retrouver la muqueuse, que la néoformation est située au-dessus d'une masse épaisse comme le doigt.

Le cours ultérieur de la maladie présenta une évolution singulière. Après avoir abandonné la malade comme incurable (avril 1896), elle revint en juillet 1896. A l'examen nous trouvions une guérison complète, les masses en choux-fleurs s'étaient peu à peu transformées, l'état général était tout à fait bon, nous nous occupâmes à nouveau de la malade. Au printemps 1898, elle se fit de nouveau admettre à l'hôpital, parce qu'au milieu du traitement de la laparotomie s'était formée une tumeur dure et de la grosseur d'un œuf de poule, je songai à la possibilité d'une infection inoculatrice au travers du tissu épithélial et je l'extirpai; elle se présentait comme un fibrome simple de cicatrice; à l'occasion de cette opération je réexaminai l'intestin et je fis la même constatation que lors de la première incision de l'abdomen; cependant la pa-

roi intestinale me parut plus grosse qu'avant. Je constatai dans le colon transverse un polype isolé à pédicule grêle, gros comme une noix qui, enlevé par incision, se présenta au microscope comme un simple polype muqueux, alors je pus constater de nouveau les petites élévations verruqueuses de la muqueuse. Ces élévations étaient couvertes de toute leur muqueuse et ce changement put être reconnu dans le gros intestin jusqu'au cœcum. Si l'on prenait l'intestin entre deux doigts et si on l'agitait, on sentait alors glisser les inégalités de la muqueuse les unes sur les autres. Après la guérison de la plaie la malade se trouva jusqu'à maintenant d'ailleurs (2 ans) dans un état de bien-être général ; elle n'a eu aucune douleur. Les éliminations ne sont pas plus fortes que dans un anus contre nature ordinaire. Les diarrhées sanguines et purulentes et les coliques manquent totalement.

Mais les adénomes de l'intestin bénins, par eux mêmes, peuvent-ils se transformer en tumeurs malignes ?

MM. Quénu et Landel sont prêts à le croire ; sur les 42 observations examinées par eux, 20 fois ils ont noté la présence d'un cancer ; il est évident que le chiffre est assez élevé pour éveiller l'attention et pour qu'on ne croie pas à une simple coïncidence. Faut-il attribuer ce fait à la constante irritation des formations polypeuses par les matières fécales ? Nous ne pouvons pas l'affirmer.

Nous reproduisons quelques observations — les plus probantes — indiquant la coexistence d'un carcinome avec les polyadénomes. Il est regrettable que, pour la plupart manque un examen histologique détaillé emportant le doute.

OBSERVATION VI

H. W. PETROW. — Société des médecins russes de St-Petersbourg.
Réunion du 25 janvier 1896.

UN CAS DE POLYPES MULTIPLES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN AVEC TRANSFORMATION CARCINOMATEUSE.

Une jeune fille de 20 ans souffrait, depuis deux semaines, de diarrhée et vomissements et, les trois derniers jours, de crampes des extrémités. Après cinq semaines de cet état (16 novembre 1895) on tente une laparotomie. Invagination de l'intestin. Résection de l'intestin. La partie invaginée était gangrenée. Les sutures étant brisées une nouvelle laparotomie est faite le 23 novembre; les intestins étaient pris dans la plaie abdominale. Mort le jour suivant. A l'autopsie on trouve un polype à l'entrée de l'intestin; sur la paroi postérieure de l'estomac on trouve une foule de petites élévations verruqueuses. Au début du duodénum un polype pédiculé. Dans le reste de l'intestin une foule de polypes, les parois intestinales sans polypes sont épaissies et gris ardoise. Péritonite purulente. Deux invaginations, une à la partie supérieure du jéjunum et à la partie inférieure de l'iléon, sans réaction déformative. Aux deux endroits était une foule de polypes. Dégénérescence du foie, des reins et du cœur. Au microscope les polypes et la muqueuse intestinale se montrèrent formés par la prolifération des tubes glandulaires (Petrov croit pouvoir rattacher cette formation à un adénocarcinome). Dans le reste de l'intestin, un catarrhe chronique. Quant à l'étiologie de cette formation polypeuse l'auteur croit pouvoir accuser le catarrhe intestinal chronique (ce qu'aucun des médecins présents à la discussion n'a contredit).

OBSERVATION VII

Cas de MAKINS.

Makins rapporte le cas d'une jeune fille de 18 ans chez laquelle quelques polypes avaient dû être enlevés. Après deux ans elle mourut et l'autopsie révéla un cancer de l'intestin.

OBSERVATION VIII

Cas de TREVES rappelé par M.-J. HUTCHINSON.

Le malade, âgé de 20 ans, présentait à l'autopsie des polypes multiples et de nombreux ulcères cancéreux.

OBSERVATION IX

QUÉNU et LANDEL, *loc. cit.*, p. 465.

CANCERS DU RECTUM ET DE L'ANSE SIGMOÏDE AVEC POLYPOSE DU GROS INTESTIN.

X..., homme de 62 ans, entre à Cochin, salle Boyer, le 17 octobre 1898.

Ses antécédents sont nuls. Son affection remonte au mois de juin 1898, époque à laquelle il fut pris d'une diarrhée tenace, rebelle à tout traitement et qui n'a jamais cessé depuis.

Il éprouve de fréquentes et impérieuses envies d'aller à la selle, dix, quinze fois par jour, mais presque toujours « à vide » ; il n'expulse de matière que deux à trois fois par jour. La diarrhée va en augmentant jusqu'au mois d'août. La santé générale ne s'altère pas.

En août, il maigrit de 6 kilogrammes en quinze jours, puis il est pris de troubles dyspeptiques ; l'appétit diminue, la digestion est pénible, des coliques douloureuses apparaissent.

En septembre, légère amélioration ; il reprend son travail abandonné depuis le 15 août.

Examen le 18 octobre : vieillard robuste, bien musclé, pourvu d'un pannicule graisseux abondant. Apparence de santé quoique la figure soit un peu pâle.

Toucher rectal. — A 7 centimètres de l'anus, néoplasme végétant presque circulaire, plus étendu sur les parois droites et postérieures.

La lumière de l'intestin est peu rétrécie, l'index passe facilement et franchit la limite supérieure du néoplasme à quatre centimètres au-dessus environ, mais rencontre une autre masse indurée.

La tumeur semble mobile en avant et sur les côtés ; elle se laisse moins facilement abaisser en arrière.

La palpation abdominale ne donne aucun renseignement, la paroi est trop épaisse.

Les viscères sont sains, foie, poumon, cœur et reins.

Préparation habituelle. Cette préparation est rendue très illusoire par l'impossibilité d'obtenir une constipation de seulement quarante-huit heures.

Opération, le samedi 28. Le malade a été repris, dans la nuit, d'une diarrhée abondante.

Extirpation abdomino-périnéale du rectum.

Laparotomie médiane. Intestin surchargé de graisse ; on trouve un néoplasme de l'anse sigmoïde sur la partie droite du segment pelvien du colon. Plus bas, on sent très nettement le néoplasme rectal. Entre les deux noyaux, un segment intestinal d'apparence saine.

On procède aux quatre temps opératoires ; la ligature bilatérale de l'hypogastrique est faite après la section du colon pelvien.

L'anus iliaque porte sur le segment iléo-pelvien. Il n'est pas ouvert de suite ; l'intestin est laissé fermé par sa ligature.

(Suivent les détails concernant les suites de l'opération.)

Le 1^{er} novembre la diarrhée, qui s'était un peu calmée, reprend de plus belle et infecte la plaie périnéale.

Le malade succombe le 14^e jour, avec les signes d'une broncho-pneumonie.

La portion d'intestin enlevée mesure 38 centimètres de hauteur. Ouverte longitudinalement par sa face antérieure, elle paraît remplie de tumeurs de taille et d'aspect différents. Voici leur description :

On remarque surtout deux tumeurs lisses et ulcéreuses vers la partie inférieure et une grosse masse végétante et polypeuse, dans la portion supérieure correspondant à l'anse sigmoïde. La première tumeur se trouve à 7 centim. de l'anus ; elle occupe seulement la région latérale droite du rectum ; elle est ulcéreuse, et sa surface est à peu près lisse, de l'étendue d'une pièce de 5 francs ; les bords sont très légèrement saillants et se continuent latéralement avec les replis de la muqueuse épaissie.

Plus haut et contre le bord supérieur de cette tumeur, on voit deux néoplasmes parallèlement disposés, contigus, allongés transversalement, ayant environ 4 centimètres dans le sens transversal et 1 centimètre dans le sens longitudinal. Les deux néoplasmes sont fort semblables l'un à l'autre et très différents de la première tumeur. Le plus rapproché de celle-ci est polypiforme ; sa surface est chagrinée et fissurée ; il se continue à gauche avec un repli de la muqueuse. Le second est à près semblable, mais cependant plus irrégulier, et se continue à droite et à gauche avec un repli de la muqueuse à la surface duquel il semble d'ailleurs s'être développé.

La quatrième tumeur a son bord inférieur formé par celle-ci. Cette quatrième tumeur est analogue à la première décrite ; elle a les dimensions d'une pièce de cinq francs ; sa surface est complètement lisse. Elle est annulaire, profondément ulcérée dans sa portion médiane, et détermine une sténose très accentuée du rectum, dont la lumière n'atteint pas, à son niveau, un centimètre de diamètre. Sur la coupe on constate

que toute l'épaisseur des parois est infiltrée de tissu cancéreux.

Immédiatement au-dessus de cette quatrième tumeur, on ne voit plus que des replis très développés de la muqueuse. Mais à 2 ou 3 centimètres, on commence à trouver, à l'extrémité supérieure de ses replis, des petites masses sessiles, d'aspect jaunâtre, granuleux, chagriné, de la taille d'une lentille; un peu plus haut les productions se pédiculisent et leurs pédicules ne paraissent formés que par des replis de la muqueuse plus ou moins étirés et détachés de la paroi intestinale. On trouve une douzaine de polypes semblables atteignant la taille d'un noyau de cerise et parfois celle d'une noisette.

Au centre de cette région polypeuse se trouve une masse de la grosseur d'un œuf de dinde et formée par 3 ou 4 très gros polypes semblables aux précédents, mais beaucoup plus volumineux, irrégulièrement lobulés et insérés sur un pédicule large et court. Ces polypes font une saillie de 2 centimètres et demi de hauteur dans la lumière de l'intestin.

Plus haut, on retrouve de nouveau des polypes plus petits sur une hauteur de 3 à 4 centimètres. Presque toujours les petits sont sessiles et les plus gros ont un pédicule plus ou moins net. Certains d'entre eux ont un pédicule très grêle, presque filiforme, de 3 centimètres de longueur.

Vers la partie supérieure de la portion enlevée, on ne voit plus que quelques petits polypes sessiles de la grosseur d'une lentille et occupant le sommet des replis de la muqueuse. On peut compter en tout une trentaine de polypes environ dans cette portion d'intestin.

Examen macroscopique du gros intestin au dessus de la partie extirpée.

A partir de l'anus iliaque, c'est-à-dire à partir du sommet de la portion intestinale extirpée chirurgicalement, on trouve, sur une longueur de 7 à 8 centimètres environ, de petites végétations de la muqueuse, sessiles, au sommet des replis.

La muqueuse redevient à peu près normale au niveau du colon descendant.

A 37 centimètres de l'anus iliaque, on retrouve de nouveau de petites végétations de la taille d'une tête d'épingle à celle d'un pois, sessiles, au sommet des replis de la muqueuse. On en compte sept ou huit environ.

La muqueuse reprend un aspect à peu près normal jusqu'au cœcum ; à ce niveau, elle présente une forte vascularisation et quelques ecchymoses. Rien d'anormal dans le reste du tube digestif.

OBSERVATION X

CAS de QUENU

QUENU et HARTMAN, Chirurgie du rectum, 1898

M. B..., âgé de 60 ans, serait atteint de diabète glycosurique depuis une vingtaine d'années ; actuellement il présente 90 grammes de sucre en vingt-quatre heures. Son état général est, du reste, relativement bon. Depuis dix-huit mois il a de la diarrhée en permanence et ne peut retenir ses matières. Elles s'échappent par petites quantités sous l'influence des mouvements. Il a des besoins fréquents de défécation et de miction.

Les matières sont noires, couleur chocolat à l'eau, très gluantes et d'une odeur repoussante. Parfois des glaires sanguinolentes.

Le colon est fortement distendu, il donne au tympanisme abdominal une forme assez particulière ; on le reconnaît facilement à la palpation.

Par le toucher on trouve, à 8 ou 9 centimètres de l'anus, un anneau induré, dont l'orifice est large comme une pièce d'un franc et ferme en haut l'ampoule rectale. Au pourtour on constate une série de petites saillies mamelonnées, quelques unes sont véritablement pédiculées ; l'une d'elles paraît avoir une longueur de quatre à cinq centimètres et le volume de l'auriculaire.

CHAPITRE III

Symptomes et Diagnostic

Les adénomes multiples de l'intestin sont caractérisés par plusieurs symptômes, dont les principaux sont : la diarrhée, les hémorrhagies et les douleurs auxquels il faut ajouter les renseignements du toucher rectal et de l'examen au spéculum.

Comme nous l'avons fait pressentir, au chapitre de l'Étiologie, il est bien difficile de savoir si la diarrhée qui précède de plusieurs années le diagnostic de l'affection, ou que l'on rencontre dans l'histoire des malades, peut être considérée comme un symptôme ou comme une cause prédisposante.

Mais elle se montre, dans la généralité des cas, avec une telle constance, et il serait vraiment si difficile de l'expliquer elle-même chez des individus n'ayant aucune affection gastro-intestinale antérieure décelable à l'autopsie, que nous croyons à sa valeur symptomatologique absolue ; nous pouvons dire que la diarrhée est un bon signe des polyadénomes de l'intestin.

C'est, d'habitude, une diarrhée établie depuis longtemps, abandonnée ensuite par les malades après avoir espéré dans toutes les ressources de la thérapeutique ; successivement, les astringents, l'opium, le bismuth, le régime lacté, la viande crue ont été essayés, et l'amélioration attendue n'a été que passagère. Richet et Geissler ont chacun une observation de malades ayant eu une diarrhée depuis leur jeunesse.

Sans remonter aussi loin, le début de l'affection date de trois ans dans le cas de Guillet, de quatre ans dans le cas d'Holtmann, de quatre ans dans le cas de Bicherstett.

Dix-huit mois dans un cas de Quénu et Landel, et quatre mois dans l'autre.

La diarrhée n'est pas très abondante, mais les selles se répètent un nombre considérable de fois, dix à douze fois (Lebert), quinze à vingt fois en 24 heures (malades de Heinecke dans Hauser — Desnos — Rotter).

Cette diarrhée se compose, en général, de matières noires, ressemblant à du chocolat à l'eau (d'après la comparaison faite par plusieurs malades), très gluantes, à odeur nauséabonde.

Quelquefois, les matières sont blanc jaunâtre, liquides, offrant parfois des éléments purulents, mais ne tenant ordinairement en suspension que des épithéliums et des masses granuleuses (cas de Lebert).

Dans un cas de Czerny, les selles diarrhéiques à aspect filant ont la couleur de la purée de pois.

Dans l'observation de M. Horand, citée plus loin,

et qui réunit à peu près tous les symptômes de l'affection qui nous occupe, la malade avait un écoulement anal continuuel qui tachait son linge, écoulement que rien ne pouvait modérer.

Quelquefois on trouve du sang au milieu des glaires que le malade rejette à chaque selle ; c'est ainsi que l'enfant de Bickerstett se présente ; ainsi encore, que sont les deux malades de Smith ; d'autres fois encore c'est du sang à peu près pur ou peu modifié que rejettent les malades ; dans un cas de Desnos, le malade perd un jour un litre et demi de sang en une seule selle. Les cas de Bardenheuer, de Richet, de Guillet, sont caractérisés par la perte d'une certaine quantité de sang. Geissler et Holtmann notent la présence de coagulums sanguins au milieu des fèces.

Donc, diarrhée, hémorrhagies, pertes glaireuses, soit à l'état isolé, soit à l'état de mélange, voilà avec la persistance de ces symptômes et leur résistance aux moyens thérapeutiques, ce qui caractérise les écoulements des polyadénomes intestinaux.

Plus variables sont les phénomènes intestinaux.

Si, dans le cas de Lebert, le ventre n'est pas douloureux à la pression et ne fait apercevoir aucune tumeur, ou n'a que quelques coliques aux garde-robes, il n'en est pas de même de certains cas où la région du colon transverse devient horriblement douloureuse (Horand), et même à un tel point « que la marche est à peu près impossible et la situation assise très pénible ».

Le malade de 19 ans, de Geissler, souffre très

violemment dans le bas ventre et le malade de 35 ans, de Rotter, se plaint de douleurs très vives.

Un des malades de MM. Quénu et Landel ne se plaint pas beaucoup, mais par contre, la malade de M. le professeur Fochier tente plusieurs fois de se suicider devant les douleurs qu'elle supporte.

Certains malades ont le ventre gonflé et sensible et ne peuvent supporter aucune exploration. Ceux de Desnos et de Czerny ont l'abdomen tendu et rétracté de la péritonite.

Beaucoup ont un ténesme très douloureux. La petite malade de M. Horand s'en est plainte d'une manière très vive.

Dans la majorité des cas, un prolapsus du rectum couvert de polypes vient se présenter aux yeux de l'observateur.

Richet voit apparaître chez son patient une portion de la muqueuse rectale sous les efforts de la défécation. C'est ainsi que sont ceux de Robert, de Guillet, de Fink.

La malade de M. le professeur Fochier, âgée de 18 ans, avait, depuis l'âge de 12 ans, à chaque défécation, une masse saignante qui rentrait ensuite dans le rectum. Ainsi se présente le cas de Rötter.

M. Horand voit sortir un paquet rouge du volume d'une orange lobulé à la manière d'une grappe de raisin ; telle est la comparaison qui, souvent revient sous la plume des observateurs (Helferich, Smith, Hauser).

La muqueuse du prolapsus apparaît dans bien des cas, recouverte de tumeurs variant du volume d'une

petite noix à celui d'une lentille. Les plus grosses piriformes, les autres pédiculées et saignant facilement.

Quand le prolapsus n'existe pas, on a la ressource du spéculum ou du toucher rectal, dont il ne faut jamais négliger les précieux renseignements.

« En introduisant le doigt dans le rectum on sent à quelques centimètres au-dessus de l'anus, une multitude de corps arrondis, du volume d'un petit à un gros pois » dit Lebert.

C'est encore à lui que M. Horand doit la confirmation de son diagnostic.

Tumeurs à consistance molle, très rarement résistante, indolentes au toucher, saignant facilement avec une couleur rosée ; la muqueuse granuleuse verruqueuse, mais molle, tels sont les renseignements que donne, en général, le toucher et le spéculum.

Dans la plupart des cas, l'ampoule est complètement pleine et aussi haut que le doigt peut atteindre il touche des polypes (2 cas de Rotter).

Chez la femme, on a enfin la ressource de pouvoir sentir, par le vagin, le rectum sous la forme d'un cylindre dur, compact, peu mobile, qui atteint, remonte et peut être suivi derrière la voute du vagin (cas de Rotter).

C'est beaucoup qu'il faut attendre de ces examens, car il est exceptionnel de voir le malade rendre des polypes avec les selles, il ne faut cependant pas négliger d'en rechercher les traces, des observations en indiquent la présence au milieu des matières fécales.

Les polyadénomes se présentent quelquefois avec

les signes de l'invagination, mais jamais avec ceux de l'obstruction. Il n'y a jamais de ganglions.

Schwab, dont nous avons souvent indiqué l'intéressant mémoire, note à plusieurs reprises et surtout au sujet du premier malade observé à la clinique d'Heidelberg, par M. le professeur Czerny les difficultés d'un pareil diagnostic. Même quand on a fait le toucher rectal pour palper le polype profond, on n'a pas encore un signe de certitude et on n'a, avec cette donnée, qu'un symptôme important à rapprocher des autres observés. Aussi est-il nécessaire, dans tous les cas de catarrhe intestinal inquiétant, de faire le toucher rectal qui procure des données importantes sur la nature de la maladie. Mais, dans certains cas, il ne faut pas accuser le médecin chargé de soigner le malade, le diagnostic est d'une difficulté telle que, après avoir fait le toucher rectal avec le plus grand soin, après avoir même fait une laparotomie, comme dans le cas indiqué plus haut, où le professeur Czerny est obligé de refermer l'abdomen sans trouver d'explication aux symptômes observés, on n'a que sur la table d'autopsie seulement la clef de l'énigme.

Mais ces cas là sont extraordinairement rares, hâtons-nous de le dire, et l'histoire des malades est en général plus nette.

Ils sont atteints de diarrhée incoercible depuis longtemps, leurs selles sont sanguinolentes, un prolapsus se présente couvert de polypes, le toucher rectal permet de sentir des masses molles; l'état

général est mauvais ; le malade a des douleurs dans le flanc ou le long du colon.

Nous citerons deux observations absolument typiques : la première de M. le professeur agrégé Gangolphe, la seconde de M. Horand, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, qui donnent une idée bien nette du début et de la marche de l'affection.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. GANGOLPHE.

X..., de Moulins, 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe, salle Ste-Marthe n° 8, dans un état d'anémie et de maigreur extrêmes, teint blanc pâle. Léger œdème des membres inférieurs ; 8 à 10 selles par jour à peu près constamment sanguinolentes. Coliques quelquefois ; aucune modification sous l'influence du régime.

Échec à toute médication (lavements chauds — antidiarrhéiques).

Rien du côté de l'anus, mais, au toucher rectal, 7 ou 8 polypes sont sentis, arrondis, framboisés, implantés un peu partout à la face postérieure surtout.

On en aperçoit au moment de la défécation.

L'examen abdominal ne révèle rien ; pas de tumeurs, pas de tuméfaction, pas d'ascite.

Pas de phénomènes d'obstruction ; pas de vomissements ; pas de douleurs à la palpation ; pas de ganglions.

OBSERVATION XII

Due à l'obligeance de M. Horand, ex-chirurgien en chef
de l'Antiquaille

Au mois de décembre 1895, Mme C..., de Lyon, me présente sa fille, atteinte d'un écoulement anal.

Cette jeune fille, âgée de quinze ans et demi, non encore réglée, anémique et d'un tempérament nerveux, se plaint quand on l'interroge, d'un écoulement anal continu, abondant qui constitue pour elle une véritable infirmité.

Elle prétend que cet écoulement date de 7 ans et avait succédé à une constipation opiniâtre. Loin de diminuer, il va, dit-elle, toujours en augmentant, à tel point que, jour et nuit, son linge est constamment souillé. En outre, elle souffre en marchant et peut à peine s'asseoir. Enfin, chaque fois qu'elle va à la selle, le rectum sort et elle a de plus en plus de la peine pour le faire rentrer.

L'examen de la malade révèle des désordres sérieux du côté de la région anale.

Tout autour de l'anus, la peau est rouge, enflammée et excoriée. Un liquide sanieux, mélangé de matières fécales, s'écoule par l'orifice anal qui est légèrement ouvert. La muqueuse offre un bord déchiré, irrégulier, de telle sorte que la première impression que l'on éprouve en présence de semblables lésions est celle d'un traumatisme de cette région.

En effet, l'aspect de la région anale de cette enfant rappelle tout à fait ce que l'on voit chez certaines prostituées amenées aux Chazeaux par la police. Mais la ressemblance seule est la même; quant à la cause des lésions elle est bien différente chez la petite malade.

Pour établir un diagnostic ferme il était nécessaire de pratiquer le toucher rectal, ce que je me promis de faire aussitôt que les accidents inflammatoires auraient disparu.

Je me bornais, lors de cette première visite, à recommander des lavages extérieurs fréquents, ainsi que des irrigations rectales avec une solution boriquée chaude à 40°/o et je recommandais d'introduire tous les soirs dans le rectum un crayon à l'iodoforme.

Au bout de quinze jours on me ramène la petite malade. Elle se trouve sensiblement soulagée, l'irritation ayant disparu et l'écoulement diminué d'abondance. Toutefois, l'anus est toujours largement ouvert et la muqueuse fait hernie

chaque fois que la malade va à la selle. Afin de faire un examen plus complet je conseille, cette fois, à la mère de laisser sa fille quelques jours à Lyon.

24 janvier 1896. — On fait prendre à la petite malade un lavement d'eau bouillie, lavement qu'elle ne peut garder et rend aussitôt, mais, en même temps la muqueuse rectale fait hernie et se présente en dehors de l'anus sous forme d'un paquet rouge, du volume d'une grosse orange lobulée à la manière d'une grappe de raisin.

Il est facile de voir qu'il ne s'agit pas d'hémorroïdes, mais de tumeurs multiples, implantées à la surface de la muqueuse. Leur volume varie depuis celui d'un gros haricot jusqu'à celui d'une amande. Elles sont tellement nombreuses qu'il est impossible de les compter. Pour la plupart pédiculées, elles sont molles et saignent facilement.

Si l'on introduit le doigt dans le rectum, on sent qu'il existe de ces tumeurs sur toute la surface de la muqueuse rectale et cela aussi haut que le doigt peut atteindre. Il est donc impossible d'indiquer à quelle hauteur cesse cette prolifération polypeuse.

Après cet examen qui permettait de conclure à des polypes multiples ou, mieux, à une prolifération polypeuse de la muqueuse rectale, une opération me parut nécessaire, non pas avec l'espoir de débarrasser la malade de toutes ces tumeurs, car un grand nombre était certainement inaccessible mais afin d'enlever toutes celles qui pouvaient gêner les fonctions du sphincter anal et qui faisaient hernie au moment des selles.

24 janvier 1896. — On fait prendre comme la veille, un lavement d'eau bouillie à la malade, lavement qui provoque l'issue de la muqueuse rectale recouverte de polypes.

Après un lavage à l'eau boriquée, aussi chaude que possible, je divise les tumeurs en dix faisceaux que j'étrangle à la base avec de la soie antiseptique, serrée aussi fortement que possible.

Au fur et à mesure que je serre, plusieurs tumeurs se détachent, mais, néanmoins, il n'y a pas d'hémorrhagie. Puis, avec le doigt, je cherche à énucléer les tumeurs que je puis atteindre, mais sans succès.

Ces opérations ne sont pas douloureuses et sont supportées par la malade sans anesthésie.

On termine par une irrigation d'eau boriquée chaude et on saupoudre les polypes liés avec de la poudre d'iodoforme, puis on réduit la muqueuse rectale.

25 janvier 1896. — La malade a eu, pendant toute la journée d'hier, un ténesme rectal très douloureux et une grande agitation, mais pas d'hémorrhagie, seulement un suintement séro-sanguinolent.

Le ténesme a été combattu au moyen de morceaux de glace introduits dans le rectum et renouvelés souvent. De plus, la malade a pris 40 centigrammes de sulfate de quinine et une potion avec un peu de sirop de diacode pour calmer son agitation.

26 janvier 1896. — Le ténesme a complètement cessé. On fait, matin et soir, une irrigation rectale avec une solution boriquée chaude qui entraîne des débris de polypes et des matières fécales.

4 février 1896. — Le ténesme n'a pas reparu. Pas de fièvre, bon appétit.

La plupart des polypes liés sont tombés. L'écoulement anal a beaucoup diminué. La muqueuse rectale sort à peine lorsque la malade rend ses irrigations. L'état local est donc sensiblement amélioré.

La malade quitte Lyon.

Je n'avais pas eu de nouvelles de mon opérée depuis le 4 février lorsque, le 29 février 1896, je suis appelé, par dépêche, auprès d'elle, par le confrère qui lui donne habituellement des soins.

La petite malade avait été prise dans la journée d'accidents faisant craindre une péritonite grave : nausées, vomisse-

ments bilieux, ballonnement et sensibilité du ventre, pouls petit, faible, irrégulier, température rectale : 38° 2 à huit heures du soir, mains froides, langue rouge avec des traces de muguet, selles abondantes, noirâtres, et renfermant des débris de polypes ; la malade avait pris 0,10 de calomel dans la journée.

Malgré ces symptômes alarmants le facies de la malade est bon et paraît rassurant.

Localement l'anús est resserré, l'écoulement peu abondant.

Vin de Champagne, onctions sur le ventre avec de la pommade mercurielle belladonnée, cataplasmes de farine de lin, lavements d'eau bouillie aussi chaude que possible.

Les jours suivants les accidents se calment et, pendant plusieurs mois, je n'ai plus de nouvelles de la malade. C'est seulement le 11 juillet 1896 que j'apprends que son état est à peu près comme avant l'opération. Le rectum sort toujours, la diarrhée et l'écoulement persistent. La malade n'a pas maigri et les symptômes de péritonite, après avoir cessé, n'ont pas reparu.

Depuis cette époque j'ignore ce qui s'est passé et je le regrette, car il eût été intéressant de pouvoir compléter cette observation.

Le diagnostic n'est, évidemment, complet que si on détermine la limite supérieure de l'implantation des polypes ; on ne peut pas la déterminer d'une façon exacte et c'est au chirurgien à se demander si l'état général du malade est explicable par les lésions constatées ; si se présentent à lui quelques polypes seulement avec un état d'anémie très avancé du malade, avec une diarrhée depuis très longtemps incoercible, il y a bien des chances pour que l'affection remonte assez haut. On peut quelquefois sentir, à travers les parois abdominales, très souples, la consistance des

anses intestinales ; c'est certainement là un excellent signe pour dire que cette portion est atteinte ; c'est le colon que l'on peut sentir dans ces cas là.

Enfin une laparotomie exploratrice est souvent justifiée pour étendre les explorations. Aussi avare qu'on en soit, les exemples de Rotter, de Czerny doivent encourager à avoir recours à elle.

CHAPITRE IV

Pronostic.

Dans la maladie dont nous nous occupons, il ne s'agit pas d'un agglomérat de polypes siégeant en un point limité de l'intestin, ne donnant lieu qu'à des manifestations locales peu accentuées et faciles à opérer comme, par exemple, le cas d'Esmarch et de Kelsey (1), mais plutôt d'une complète dégénérescence de la muqueuse qui présente pour le malade les conséquences les plus graves.

Ce sont, en général, de jeunes individus qui viennent au médecin dans un état de maigreur et d'affaiblissement accentués. Ils souffrent depuis longtemps, souvent depuis des années déjà, de douleurs violentes dans le ventre, de diarrhées, de pertes de mucosités et de sang dans les selles. Chez beaucoup des opérations réitérées pour l'ablation des polypes n'ont pas donné de résultats appréciables. On comprend

(1) KELSEY. — Some rare affections of the rectum and anus. *New-York med. Journ.*, vol. XLIX, n° 6, p. 141.

facilement quel pronostic on doit attribuer à l'affection.

Le pronostic est donc très grave et la durée de la maladie est de 2 à 10 ans.

Mais comment meurent les malades atteints de polyadénomes de l'intestin ?

MM. Quénu et Landel ont remarqué la fréquence de la coexistence des polyadénomes de l'intestin avec le carcinome. La moitié des cas, en effet, a à souffrir de cette complication. Il ne semble pas que l'âge du malade soit un argument qui puisse entraîner un doute ; des analyses histologiques faites par des auteurs de mérite semblent indiquer que le fait est bien certain.

Un cas de Helferitch nous montre qu'il ne s'agit pas d'une coexistence de hasard. Le carcinome s'est développé au milieu des polypes et prit très rapidement une étendue énorme.

Handford croit pouvoir suivre les stades de transformation de l'adénome ou carcinome dans l'observation que nous reproduisons tout entière ; c'est une question que nous ne saurions discuter et que nous ne faisons qu'indiquer ; le cas du professeur Helferich aurait aussi un certain intérêt si on voulait développer cette idée.

OBSERVATION XIII

Cas de HANDFORD. — *Transact. of the pathology Society of London*, 1890.
DISSEMINATED POLYPI OF THE LARGE INTESTINI LUCCONING MALIGNANT

Femme de 34 ans, très anémique, cachectique, fut traitée auparavant pour une affection pulmonaire ; ectasie du pou-

mon vue à l'autopsie; en dehors de cela affection intestinale; toux, crachats purulents depuis 10 ans déjà. La durée de l'affection intestinale ne pouvait être déterminée. Antécédents héréditaires sans intérêt. Avec des douleurs des selles, un mois avant l'arrivée à l'hôpital, un polype de la longueur de 4 centimètres, qui pendait par un mince pédicule au-dessus d'une stricture du rectum fut éliminé du rectum. Cette stricture pouvait être atteinte avec un peu d'effort par le doigt. Foie impalpable; aucune tumeur à l'abdomen, douleur à la région hépatique; comme la stricture du rectum permettait le passage des selles, on remit la colostomie et la malade fut renvoyée chez elle. Quelques mois après la stricture était devenue plus solide; le corps était gonflé particulièrement dans la région du cœcum et du colon ascendant, la matité hépatique était fortement augmentée; 10 jours après la malade mourait de cachexie.

A l'autopsie on trouve: au rectum une stricture très solide commençant à 4 centimètres au-dessus du sphincter et étendue de 5 centimètres. Cœcum et colon ascendant très flatulents; le colon descendant l'est moins. Appendice normal; l'intestin, du milieu du colon transverse à la stricture du rectum, est couvert de polypes dont le nombre s'élève à 170 et se trouvant en plus grande quantité à l'anse sigmoïde et au rectum. La plupart faisaient saillie de 1 millimètre jusqu'à 1 centimètre de long et en largeur de 1 à 5 millimètres. D'autres étaient pédiculés de 5 millimètres à 1 centimètre, avec une tête volumineuse. Dans le milieu du colon transverse se trouvait un polype non pédiculé de la grosseur d'une petite noix dont la base présentait une forte infiltration qui formait une stricture dans laquelle on pouvait encore passer le doigt. L'intestin grêle et ganglions mésentériques normaux. *Tumeurs métastatiques au foie.*

Au microscope on constatait des changements qui s'étendaient de la stricture jusque dans la musculature; séreuse indurée; muqueuse ulcérée. Tumeur parcourue par des interstices irréguliers et fortement ramifiés. Le tout représen-

taît un épithéliome cylindrique, typique et, sans doute, il y eut transition de simples polypes adénomateux en carcinomes. *Le caractère malin est témoigné par la formation de métastases dans le foie.*

OBSERVATION XIV

Cas du professeur HELFERICH, de Greifswald.,

Max R..., 19 ans, tanneur. Entré le 1^{er} mars 1894.

Le malade a appris par sa mère que déjà dans son enfance il souffrait de violentes constipations et que dans les efforts qu'il faisait pour aller à la selle, un prolapsus apparaissait hors de l'anus. Plus tard, malgré la régularité des selles, le prolapsus apparaissait à chaque défécation, mais il rentrait de lui-même, tout au plus cela nécessitait-il une inspiration plus forte que de coutume. A partir de la onzième année il fut obligé de refouler avec la main la tumeur à chaque défécation et, de plus, les selles se trouvèrent mêlées à une certaine quantité de mucus et de sang. Depuis 4 à 5 ans le malade éprouve de fréquentes envies d'aller à la selle : des diarrhées surviennent qui ne sont suivies que d'élimination de sang et de mucus. Après le refoulement de la tumeur des douleurs, parfois violentes, se faisaient sentir dans l'anus.

Sa sœur, de 8 ans plus âgée, souffrait en même temps d'un prolapsus rectal.

Etat actuel.— Jeune homme d'apparence anémique et de faible musculature. L'examen extérieur de l'anus ne révèle rien de particulier. Au toucher digital, particulièrement douloureux pour le patient, on sent dans tout l'intestin de nombreuses excroissances agglomérées et molles qui, de tous côtés se présentent sous le doigt et aussi loin qu'on puisse aller on ne sent pas la limite supérieure des proliférations. Si le malade pousse on voit apparaître hors de l'anus, sans trop d'efforts, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, qui est constituée par une association de polypes disposés

en grappes; à côté du groupe se trouvent des tumeurs de la grosseur d'une lentille, à fin pédicule; leur taille atteint quelquefois celle d'une noisette à un œuf de pigeon et le pédicule épais comme un crayon a 2 à 3 centimètres de longueur. Entre les grains isolés on trouve une muqueuse richement vascularisée qui suinte constamment. Le doigt introduit dans le rectum au travers du prolapsus cherche en vain une muqueuse saine. Poids: 60 kilos.

6 mars.— Dilatation de l'anus au chloroforme; le pédicule de la grosse tumeur est lié et enlevé au bistouri. Une série de petites tumeurs sont enlevées.

Dans une deuxième séance le 24 mars, le reste des polypes aussi loin qu'on puisse les atteindre est détruit au thermocautère. Pas d'incidents.

A la sortie du malade. le 2 juin, l'extrémité inférieure du rectum est saine. Au toucher digital quelques petits polypes allant jusqu'à la dimension d'une noix.

Le 29 avril le malade revient; les diarrhées reviennent plus intenses; très vives douleurs dans le bas-ventre.

Le malade s'est affaibli, il est pâle, anémique. Poids — 50 kg 1/2.

Le ventre est en bateau, sensible à la pression. Toutes les 5 ou 10 minutes, envie d'aller à la selle avec issue de matières liquides mélangées de sang et de mucosité. Douleurs, coliques violentes.

25 gouttes de teinture d'opium calment les diarrhées. Le malade se sent bien. Au palper de l'abdomen on sent à droite, au-dessus de la vessie une tumeur grosse comme une pomme légèrement sensible à la pression. Dans l'hypochondre gauche on sent, mais peu clairement, une légère tumeur.

Par le rectum on sent un polype facilement atteint par la pulpe du doigt, il est de la grosseur d'une noix: plus haut se trouve aussi une série de polypes plus petits.

Le 9 mai, le malade est endormi à l'éther. Avant l'opération on pratique à nouveau le toucher rectal. On sent à droite

au-dessus de la vessie, une tumeur dure de la grosseur d'une pomme, rénitente. La partie du rectum que l'on peut explorer est remplie de polypes.

Incision à égale distance de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la symphyse de 6 centimètres environ. Après avoir ouvert la cavité abdominale, le doigt, introduit, perçoit au-dessus de la vessie et à droite la tumeur pressentie, dure, grosse comme une pomme, irrégulière, rénitente; à côté en était une autre plus petite.

L'anse sigmoïde suit la tumeur et la franchit. *A cause de leur consistance solide et des connexions, environnantes, les deux tumeurs sont déclarées carcinome.* Le cas est donc inopérable. Cependant, pour apporter au moins un allègement, comme le passage des matières est entravé par le carcinome intestinal, on procède au-dessus de la tumeur à la formation d'un anus contre nature, au moyen d'une anse de l'S iliaque.

Le 14 mai l'anse intestinale est ouverte. Tout d'abord il y a un soulagement, mais, au bout de quelques jours on doit administrer de l'opium. Les douleurs persistent. On les calme difficilement au moyen de doses toujours croissantes de morphine. Le malade s'amaigrit de jour en jour. Le carcinome augmente dans l'hypochondre gauche et atteint finalement la grosseur d'une tête d'enfant.

Avant la mort, le poids du corps s'était abaissé à 41 kilos. La mort survient le 22 septembre par inanition.

Autopsie (faite par le Dr Grünwald). — Rien d'anormal dans la cavité abdominale.

... On coupe le rectum et, à sa partie inférieure, sur l'anus, on trouve une portion de la muqueuse intestinale longue environ de 7 centimètres qui présente une rougeur diffuse très marquée, toute couverte de petites élévations dont les plus grosses, de la taille d'une lentille ou d'un haricot, sont pédiculées et présentent une forte coloration hémorrhagique. La muqueuse de tout le gros intestin est gris jaunâtre et

présente quelques polypes siégeant dans le colon; ils sont minces, à long pédicule, très mous, en grappe, de la grosseur d'une lentille à celle d'un œuf de pigeon. Pas de polypes dans l'iléon.

L'estomac est jaune gris avec une muqueuse pâle et des follicules hypertrophiés. Son tiers inférieur est épaissi, couvert de tumeurs rondes, molles, de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot, parmi lesquelles les plus grosses présentent un pédicule épais et court. A la surface, elles présentent une muqueuse intacte de la même couleur que le reste de la muqueuse. A la coupe, elles présentent aussi une coloration gris jaune clair. Cette texture cesse brusquement au niveau du pylore.

Sur le foie (lobe droit), on rencontre deux nodosités saillantes de la grosseur d'un pois. Une petite tumeur sur le bord tranchant du lobe gauche.

Au microscope, les polypes se révèlent comme de vrais adénomes.

En dehors du carcinome moins fréquent, nous a-t-il semblé, que le prétendent MM. Quénau et Landel, les malades présentant des polypes multiples de l'intestin sont menacés de la mort par hémorrhagie. Plusieurs cas (Dalton, Paget) doivent leur mort à cette complication, soit par l'hémorrhagie elle-même, soit par l'anémie qu'elle provoque. Ces polypes sont très riches en vaisseaux, ils sont friables, subissent des influences mécaniques, toutes conditions excellentes pour une hémorrhagie profuse conduisant à sa fin un malade très affaibli.

Le malade de Desnos perdit un jour un litre et demi de sang en une seule selle; on comprend avec

quelle rapidité peut survenir la mort dans des cas de ce genre.

Mais ce n'est pas une quantité de sang aussi grande que perd le malade d'habitude, ce sont des saignées moins grandes, mais le conduisant aussi sûrement à sa perte ; à chaque selle, il perd un verre de sang à peu près ou même ses selles ne sont que teintées. Ce sont là de petites saignées qui ne se réparent pas. Les observations suivantes viendront comme preuve de ce que nous avançons.

OBSERVATION XV

Cas de DALTON. — Transact. of the patholog. Society of. London.

Femme de 28 ans, qui avait été opérée depuis dix-huit mois d'un polype rectal, a, depuis six mois, de nouvelles douleurs dans le rectum avec flux de sang et de glaires. La patiente maigrit rapidement et tomba au dernier degré du marasme.

A l'autopsie, on trouve le colon plein de sang, très injecté ; dans le colon et le rectum, on trouve un grand nombre de polypes. Le cœcum est rempli dans une grande mesure de polypes. Au microscope ceux-ci apparaissent comme des productions simples de la muqueuse qui font un relief au niveau de celle-ci sans atteindre la sous-muqueuse.

OBSERVATION XVI

Cas de PAGET

Jeune homme qui présentait des polypes multiples et qui, finalement, mourut d'hémorrhagie. Deux sœurs du malade souffraient de la même affection ; une de celles-ci mourut plus tard et on trouva, à l'autopsie, un cancer de l'intestin avec dégénérescence colloïde.

OBSERVATION XVII

Cas de BICKERSTETH. St-Bartholemews Hosp. reports. 1890.

Le malade, âgé de 11 ans, remarquait depuis 4 ans des traînées sanglantes dans les selles. Depuis 3 mois, une masse de la grosseur d'une cerise faisait hernie pendant les selles : elle était spontanément réductible, mais dans les derniers temps, l'élimination de sang et de mucosités s'accompagnait de douleurs. Pâle, mal nourri, l'enfant est très faible. A chaque mouvement du corps, une masse de la grosseur du poing, rouge pourpre, facilement saignante au moindre contact, fait hernie hors de l'anus ; elle est accompagnée par de nombreux polypes de grosseur différente. Le doigt introduit sent tout le rectum présentant le même aspect. La grosse tumeur fut liée à son pédicule et enlevée aux ciseaux. L'enfant a une mère qui a souffert depuis l'âge de 10 ans de polypes du rectum.

Par les pertes incessantes de sang que font les malades, l'anémie ne tarde pas à survenir, la cachexie n'est pas loin. Pâles, sans appétit, ils s'acheminent lentement vers le dernier degré du marasme. Ils en arrivent à être d'une faiblesse telle que le moindre mouvement est impossible. La terminaison a lieu le plus souvent par syncope.

La malade de Luschka est un bon exemple d'une semblable terminaison.

OBSERVATION XVIII

Cas de LUSCHKA. — *Archives de Virchow*, 1860.

UEBER POLYPOSE VEGETATIONEN DER GESAMMTEN DICKDARM SCHLEIMHAUT.

Femme de 30 ans, pâle, anémique, souffrant depuis plusieurs jours d'une violente diarrhée ; celle-ci s'améliora par des moyens ordinaires, puis ne tarda pas à récidiver bientôt et finalement, s'accompagna de selles sanglantes. La malade mourut au milieu de phénomènes de collapsus. Elle avait, depuis 15 ou 16 ans, présenté fréquemment du sang dans ses selles ; nous sommes autorisés, là-dessus, à faire remonter à cette époque le commencement de son affection.

L'intestin avait des polypes, surtout dans le colon.

OBSERVATION XIX

Cas de WHITEHEAD. — *British Medical Journal*, 1884

MULTIPLE ADÉNOME OF COLON AND RECTUM

Homme, 21 ans, souffrant depuis dix ans d'hémorrhagies anales fréquentes ; depuis huit ans à chaque défécation paraît une excroissance à l'anus ; depuis un an hémorrhagies plus abondantes et, finalement, une anémie très marquée, amaigrissement et surtout difficulté très vive de la défécation. On se résoud à une opération. L'excroissance du rectum fut enlevée, le toucher rectal permit ensuite de reconnaître des excroissances dans toutes les parties de l'intestin qu'on put atteindre. La grosseur était d'un pois à une noix. Ils se laissaient déprimer avec le doigt, la très grosse masse pouvait très facilement être menée au dehors.

Après sept jours on renvoie le malade. Six mois après, la maladie n'avait pas encore récidivé. Microscopiquement, il s'agissait d'adénomes purs.

Une autre terminaison qui attend le malade est l'invagination.

Il est fort possible que les polypes doivent atteindre une certaine grosseur pour donner lieu à cette complication ainsi que le remarque C.-B. Lookwood (1), les polypes dont nous nous occupons étant, dans la plupart des cas, fort petits, mais peut-être que leur grand nombre à défaut de leur taille a une influence sur cette redoutable complication.

Un exemple pourrait nous être fourni par une figure très détaillée du Livre XXII de l'Anatomie pathologique de Cruveilhier qui représente une portion d'intestin invaginé dans la lumière duquel sont deux polypes, cause de l'invagination.

L'observation de Guillet que nous reproduirons tout au long est très intéressante à ce point de vue ; mais nous indiquerons seulement pour le moment trois exemples : l'observation de Collier, de Paltauf et de Geissler.

C'est encore d'invagination que mourut la petite malade dont l'observation de M. le professeur Fochier est le sujet.

OBSERVATION XX

Cas de COLLIER. — *Britishs Med. Journal*, 19 octobre 1895.

Autopsie d'une femme morte d'invagination intestinale.

Elle était atteinte de polypes multiples du rectum s'étendant à tout l'intestin ; l'intestin grêle et l'estomac étaient atteints.

(1) Transact. of the pathol. Society of London. 43.

OBSERVATION XXI

Cas du Professeur PALTAUF. — Gesellschaft der Aerzte, in Wien. —
Wiener Klinische Wochenschrift.

Le professeur Paltauf montre une invagination intestinale à la suite de polypose chez une jeune fille; un morceau de rectum de 23 centimètres est réséqué pour cause de prolapsus; bientôt mort avec des manifestations péritoniques. A l'autopsie on découvre une invagination de l'iléon dans le colon ascendant et une formation de polypes multiples dans l'estomac et le canal intestinal qui doit être considéré comme cause de l'intussusception et du prolapsus.

OBSERVATION XXII

Cas de GEISSLER. — *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin's*,
10 déc. 1894.

Jeune homme de 19 ans qui déjà dans la plus tendre enfance avait souffert de diarrhées et de prolapsus rectal; ayant subi plusieurs hémorrhagies il dut subir, en 1884, un traitement du docteur Hénoch, lorsque, en 1886, on remarqua des polypes sur la partie de l'intestin qui était en prolapsus; alors le malade dut subir, dans l'espace d'un an et demi, quatre opérations pour les éliminer; quatre ans et demi après, les polypes refirent leur apparition et furent enlevés opératoirement en décembre 1892, janvier 1893 et février 1894, mais déjà à la fin de septembre survinrent de nouvelles hémorrhagies du rectum et, depuis le commencement d'octobre, des douleurs violentes dans le corps; depuis un certain temps déjà il était tourmenté par une opiniâtre constipation qu'il combattit par des doses croissantes et quotidiennes de laxatifs.

Au commencement d'octobre il entre à la clinique royale, sa faiblesse lui interdit la station debout, l'amaigrissement est énorme; il se plaint particulièrement d'aller à la selle.

Les fèces sont souvent éliminées, mais en quantité infinitésimale et contiennent une quantité variable de sang parfois de véritables coagulums sanguins. De l'anus sort une masse ulcérée polypeuse.

Au toucher on sent nettement que les polypes sont étendus sur tout le rectum, le doigt ne peut en atteindre la limite. Après quoi on se décide à opérer par l'anus et le 13 octobre 1894, sous le chloroforme, on fait une incision qui commençant en haut du sphincter anal est continuée à gauche et le long du coccyx. Facilement le rectum est isolé; on fait une incision en longueur du côté du sacrum; la muqueuse qui représente de nombreux polypes est mise au jour et d'un léger trait on se donne le plus de jour possible mais on ne peut atteindre la limite des tumeurs. Les polypes montés sur un pédicule long et mince sont liés et enlevés; de petites proliférations sont enlevées au Paquelin. Après quoi l'incision longitudinale du rectum est fermée par une suture à la Lambert. Le coccyx est recouvert avec le lambeau de peau, après qu'un tampon à la gaze iodéformée a été placé derrière la suture de l'intestin.

L'état général ne se relève pas après l'opération, le malade a quelques selles sanglantes; le 2^e jour vomissement; mort à la fin du 3^e jour.

Rien d'anormal à l'examen de la cavité thoracique.

L'intestin présente un bourrelet épais, solide qui s'étend de son origine à l'anse sigmoïde. L'angle de l'anse colique gauche est disposé de telle façon qu'elle forme un angle ouvert en bas et à droite; elle a une forme qui laisserait croire qu'une grosse partie de l'intestin grêle et du cœcum avec l'appendice est invaginé dans le colon et que celui-ci se serait contracté dans la longueur. La tentative d'évagination ne réussit pas, mais un morceau d'intestin grêle de 4 centimètres environ apparaît, très pâle et abandonné à lui-même et revient à nouveau dans le gros intestin.

Dans la partie de l'intestin qui est gonflée, on constate des traînées sanguines qui s'étendent jusque dans la muqueuse

et peuvent être constatées jusque sous la séreuse. Dans le gros intestin nombreux polypes qui en allant de l'anus au cœcum sont de plus en plus nombreux et de plus en plus gros. Leur pédicule est de longueur différente. On voit que la plupart des polypes remontaient en très grand nombre jusqu'à la valvule de Bauhin.

CHAPITRE V

Traitement.

Mais, aussi sombre que soit le pronostic, il ne faut pas abandonner à leur malheureux sort les malades atteints de polyadénomes de l'intestin. Il nous reste à chercher ce qu'il faut tenter.

Le traitement de la polypose est médical et chirurgical.

La *thérapeutique médicale* à opposer à ces formations est peu active, empressons-nous de le dire, et les auteurs qui l'ont essayée, y ont trouvé bien des échecs.

M. Horand, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, dans la très intéressante observation que nous avons reproduite plus haut, avant de se résoudre à une opération que la malade ne voulait pas immédiatement accepter, avait tenté de la traiter d'une façon médicale.

Des irrigations fréquentes dans le rectum avec de l'eau boriquée très chaude, des crayons à l'iodoforme

placés dans le rectum ; des lavements très chauds à l'eau bouillie ne donnent aucun résultat.

L'idéal serait de pouvoir produire un tissu scléreux au niveau des tumeurs, qui pût les étouffer, sans porter atteinte à la muqueuse de l'intestin.

M. le professeur Czerny aurait trouvé quelques bons effets dans l'emploi des lavements d'huile salicylée, mais la « légère amélioration » constatée ne fut que passagère. L'association du tannin et de l'opium à l'intérieur ne pouvaient que diminuer les douleurs très vives du malade sans avoir de vertu curatrice.

On a essayé de diminuer les pertes sanguines par des irrigations, avec une solution de perchlorure de fer ou d'eau oxygénée.

On pourrait essayer les injections rectales d'acide arsénieux dilué ; mais, comme nous l'avons déjà dit, le traitement médical ne peut qu'être symptomatique ; c'est entre les mains du chirurgien que doit se confier le malade atteint de polyadénomes de l'intestin.

Le traitement chirurgical est différent, suivant que les polyadénomes sont associés, ou non, à un cancer (ce qui est très fréquent, comme nous l'avons dit plus haut).

Dans leur remarquable travail, MM. Quénu et Landel, auxquels nous continuerons à faire des emprunts, conseillent, en cas d'association du cancer et des polyadénomes, de penser d'abord au traitement du premier. Mais, comme les polyadénomes créent des conditions défavorables à une opération étendue,

ils disent qu'en cas de doute, il faut faire pencher la balance en faveur de l'abstention. La cure radicale ne serait à tenter que s'il était possible, soit par l'exploration directe, soit par une laparotomie exploratrice, de s'assurer de la limitation des polypes au segment enlevable.

Ils citent comme exemple une de leurs observations dans laquelle les résultats de l'opération radicale, qui avaient été excellents pendant les neuf ou dix premiers jours, furent compromis par la persistance de la diarrhée et l'infection broncho-pulmonaire qui en résulta. L'observation à laquelle ils font allusion, que nous avons reproduite en entier plus haut, concerne un homme de 62 ans atteint de néoplasme du rectum avec adénomes du gros intestin. Mais le tort, dans un pareil cas, est d'avoir tenté une opération radicale ; entre l'abstention, qui est coupable, puisque le malade peut bénéficier d'une façon considérable d'une intervention et une opération radicale consistant à enlever une tumeur ulcérée très étendue supportée par le malade depuis de longs mois, il y a place pour une intervention plus avantageuse ; il est coupable de laisser un homme continuer à souffrir à chaque défécation sans apporter un soulagement à son mal et c'est une satisfaction bien douce à lui accorder que de lui permettre de reprendre espoir ; avec une opération que nous indiquerons tout à l'heure il peut se nourrir largement et éloigner longtemps la cachexie qui s'approche.

Dans une observation de Rotter le résultat fut satisfaisant. Une femme de 32 ans était atteinte d'un

prolapsus du rectum avec diarrhée muco-purulente. On trouva des productions polypeuses dans le rectum et, en outre, un néoplasme ulcéré qui s'étendait au-delà de la longueur du doigt. Rotter extirpa 19 centimètres et la malade guérit. La guérison persistait deux ans après.

Cette opération est certainement un très bel exemple d'opération radicale ; le résultat en a été excellent, nous allions dire exceptionnel. Nous ne croyons pas qu'il soit prudent de juger sur un semblable cas. La malade a couru des chances très grandes ; le vieillard de M. Quénu aurait infecté sa plaie par une diarrhée que l'on ne pouvait prévoir. Mais qui peut faire prévoir qu'une semblable complication ne surviendra pas. ? Le chirurgien qui entreprend une semblable opération ne fait pas œuvre de prudence.

Dans d'autres cas le cancer n'existe pas, que doit-on faire ?

La première pensée qui vient à l'esprit est l'enlèvement des polypes, leur arrachement ou leur ligature, en tout cas leur suppression par l'anus.

C'est ce que l'on trouve dans une observation de M. Richet qui arracha les polypes avec une pince, après quoi il cautérisa leur pédicule, précaution sur laquelle il insiste plusieurs fois dans son observation que nous rapportons toute entière.

OBSERVATION XXIII

M. RICHET, *in-Chargelaigue*

M. B..., âgé de 21 ans, d'une constitution lymphatique, d'un tempérament assez fort, avait été atteint, dans sa jeu-

nesse, de diarrhées considérables qui avaient duré très longtemps ; il était, depuis plusieurs années, sujet à des hémorrhagies rectales chaque fois qu'il allait à la garde-robe ; les déjections sanguines, abondantes avaient fini par ruiner sa constitution, à tel point que ses jambes fléchissaient sous lui quand il restait quelques moments debout, qu'il ne pouvait monter ni descendre un escalier sans être obligé de s'asseoir sur les marches ; après une course de quelques minutes, il éprouvait des battements de cœur, des lipothymies qui contrastaient avec une coloration encore assez vive du visage et des muqueuses buccales et pharyngiennes. L'appétit, du reste, n'était pas dérangé ; seulement un bruit de souffle continu dans les veines jugulaires ou sous-clavières dénotait une anémie portée au plus haut degré. Une première fois déjà le malade avait subi une opération, dans laquelle on lui avait enlevé une vingtaine de polypes du rectum, ce qui n'avait pas suffi pour arrêter les hémorrhagies, mais les avait seulement modérées.

L'examen du rectum, fait en présence de M. le professeur J. Cloquet et de M. le docteur Godard, démontra que de nombreux polypes existaient dans le rectum, polypes de dimensions variables, depuis le volume d'un grain de chènevis jusqu'à celui du pouce, les uns pédiculés, les autres sessiles, insérés depuis la hauteur du sphincter externe, jusqu'au delà des limites que le doigt pouvait atteindre en déprimant fortement le périnée. Cette exploration qui ne donnait lieu à aucune douleur, amenait constamment des pertes d'un sang noirâtre en assez grande abondance.

MM. Jules Cloquet et Richet, ayant voulu examiner le malade pendant qu'il allait à la garde-robe, voient apparaître, sous l'influence des efforts de défécation, une portion de la muqueuse rectale, formant autour de l'anus un bourrelet assez volumineux, sur lequel on voyait, insérées tout autour, de petites tumeurs polypeuses en grand nombre, de sorte qu'il y avait non seulement procidence de polypes, mais encore de la muqueuse intestinale. Les tumeurs se présentaient

ainsi au dehors sous l'apparence de grappes fongueuses et saignantes et quand, après en avoir saisi une, on l'examinait avec attention, on voyait que la surface en était comme veloutée, d'une coloration variant du rouge brun au rouge vif; si on venait à la presser entre les mains, il en sortait du sang qui perlait à la surface par tous les points à la fois.

En présence de ces symptômes et de l'inutilité de l'opération qui avait été d'abord tentée, M. Richet résolut d'attaquer ces polypes directement par l'arrachement, ou d'en cautériser le pédicule sur la muqueuse avec le fer rouge : cette dernière précaution lui parut indispensable au succès de l'opération, en raison de la procidence déjà mentionnée de cette membrane. Le difficile était donc d'explorer le rectum avec assez d'aisance pour pouvoir successivement attaquer chacun des polypes, l'enlever et en cautériser ensuite le pédicule.

Voilà quel fut le procédé suivi : un spéculum de forme ordinaire, comme pour l'exploration du col de l'utérus, seulement un peu moins long et en buis, pour empêcher la transmission du calorique aux parois rectales, fut introduit dans le rectum après dilatation préalable du sphincter anal, le malade ayant été plongé dans le sommeil anesthésique.

Cette première partie de l'opération ne présenta que peu de difficulté; l'instrument ayant donc été introduit dans toute sa longueur, une injection d'eau froide vint tarir l'écoulement sanguin et permit de voir distinctement un certain nombre de polypes qui faisaient saillie dans le champ de l'instrument. Ils furent tous saisis les uns après les autres avec de longues pinces à mors dentelés, puis tordus et arrachés; une nouvelle injection d'eau glacée, en arrêtant momentanément l'hémorrhagie, permit de porter avec sûreté et rapidité des bouts de feu sur le pédicule de chacun d'eux. L'instrument fut ensuite retiré d'un centimètre environ et une nouvelle série de polypes, s'étant présentée, fut traitée de la même manière. On arriva ainsi jusqu'aux limites inférieures du rectum sans éprouver d'autres embarras.

L'opération terminée, on constata qu'il avait été retiré de

80 à 100 de ces productions polypeuses, dont la plus grosse, de forme allongée, avait le volume d'une amande et dont les plus petites ressemblaient à des pois ou des lentilles, quelques-unes même à des grains de chènevis; un réseau vasculaire très riche parcourait la membrane muqueuse qui les recouvrait, et si on venait à fendre une de ces tumeurs par le milieu, de son pédicule à son sommet, on la trouvait formée d'une sorte de tissu fibroïde formant, par l'entrecroisement des fibres, des aréoles dans lesquelles on rencontrait un liquide gélatiniforme. M. Richet pensa que ces tumeurs étaient dues à une hypertrophie folliculaire; pour s'assurer du fait, il les soumit à l'examen de M. Robin qui lui renvoya la note suivante : « Polype du rectum formé par hypertrophie considérable des follicules de la muqueuse rectale. »

Les suites de l'opération furent des plus heureuses; c'est à peine si le malade rendit, dans les vingt-quatre heures qui suivirent, quelques cuillerées d'un liquide noirâtre; il ne se manifesta pas la moindre tendance à l'inflammation soit du péritoine, soit du rectum; le cours des selles était rétabli dans son état normal quarante-huit heures après l'opération et, depuis cette époque, la santé a été se raffermissant d'une manière véritablement merveilleuse.

Aujourd'hui, six mois après l'opération, le malade s'est présenté de nouveau à l'observation de M. Richet, parce qu'il avait eu un écoulement de sang à la suite d'une selle un peu forcée, écoulement qui l'avait beaucoup inquiété. L'exploration du rectum fait reconnaître, à la partie tout à fait supérieure et au delà du point exploré par l'instrument, l'existence de deux nouveaux polypes, dont le pédicule siège à une hauteur qui ne permet pas de l'atteindre; d'ailleurs toute l'ampoule rectale, dans toute son étendue, ne présente aucune trace de polype nouveau et semble revenue à ses conditions normales.

C'est par la ligature que M. Horand essaie de débarrasser sa malade des tumeurs qu'elle porte. « Il divise les tumeurs en six faisceaux qu'il étrangle à la base avec de la soie antiseptique serrée aussi fortement que possible ».

C'est à la ligature et à l'arrachement qu'a recours M. le professeur Fochier, qui a un résultat excellent. Nous citerons jusqu'au bout cette très instructive observation.

OBSERVATION XXIV

Cas de M. le professeur FOCHIER. — *Lyon Médical*, 1875.

POLYPES MULTIPLES DU RECTUM (PLUSIEURS CENTAINES). — PROLAPSUS LIGATURE. — ARRACHEMENT A PLUSIEURS REPRISES. — GUÉRISON.

Antoinette C..., âgée de 18 ans, domestique, entre dans mon service à l'hôpital de la Croix-Rousse, en septembre 1873. A l'âge de 12 ans, quelques mois après la première menstruation cette jeune fille, qui souffrait déjà depuis quelque temps en allant à la selle, remarqua une masse volumineuse qui sortait pendant les efforts de défécation. Depuis, à chaque nouvelle selle, les excréments étaient plus ou moins ensanglantés, la tumeur faisait hernie, mais rentrait spontanément. Plus tard, elle devint plus volumineuse, et il fallut la réduire avec la main. La douleur et la quantité de sang perdu ont augmenté progressivement. Sous cette influence, la menstruation devint très irrégulière, la malade restait de deux à dix mois sans règles. A son entrée, elle présente les attributs d'une bonne constitution, mais les symptômes de l'anémie profonde des hémorroïdaires.

La tumeur qui fait saillie à travers l'anus par les efforts de la défécation présente le volume du poing. Ce n'est qu'en

essuyant les mucosités et les caillots qui la recouvrent qu'on la voit constituée par la muqueuse rectale des prolapsus, sur les $\frac{4}{5}$ postérieurs de la circonférence de l'intestin. Cette muqueuse est recouverte de tumeurs variant du volume d'une petite noix à celui d'une lentille. Les plus grosses sont puriformes, pédiculées, molles, recouvertes d'une couche muqueuse continue, mais saignant facilement ; leur pédicule est très mince, et il se sectionne facilement par un fil à ligature. Les plus petites sont d'autant plus sessiles qu'elles sont moins développées, et c'est impossible de découvrir un point de la muqueuse qui ne présente des mamelons correspondant au premier stade de développement. Les tumeurs pédiculées sont au nombre de vingt au moins, les autres sont bien plus nombreuses. Deux doigts, introduits dans le rectum sentent que la muqueuse de l'intestin a subi la même dégénérescence et } n'atteignent pas la limite supérieure de cette dégénérescence. Les tumeurs sont plus nombreuses à la paroi postérieure qu'à la paroi antérieure.

Dans la première séance opératoire, voulant avant tout éviter une hémorrhagie qui aurait pu être grave dans l'état d'anémie de la malade, je fis, après anesthésie, la ligature de la totalité du prolapsus en en divisant la base en cinq pédicules par autant d'anses de fil. J'excisai la plus grande partie de la tumeur, et je laissai se réduire les ligatures. Les douleurs ne furent pas très vives et ne durèrent que jusqu'au soir. On fit des lavages détersifs et désinfectants dans le rectum les jours suivants et la malade, avec l'aide du fer et d'un bon régime, revint rapidement à un état général tel que, six semaines après la première opération, ayant remarqué que l'arrachement d'un polype ne donnait pas lieu à une hémorrhagie tenace, je l'endormis à nouveau, et j'arrachai avec les doigts ou les pinces à polypes tous ceux que je pus atteindre au-dessus de la bride saillante que laissait, à la face postérieure du rectum, 3 cent. au dessus du sphincter, la ligature du prolapsus. L'hémorrhagie fut modérée et s'arrêta sous l'influence d'un lavement à l'eau de

Pagliari. Elle quitta l'hôpital trois semaines après, n'ayant plus de douleurs, ne faisant plus de sang, mais présentant au toucher quelques petites tumeurs sessiles, et un aspect mamelonné de la muqueuse qui faisait prévoir une prompte récursive.

En avril 1874, elle rentre dans le service et j'arrache encore tout ce que je puis saisir. Enhardi par l'innocuité des premières opérations, je déchire avec les ongles les tumeurs sessiles que je puis sentir. Suites simples. A cette époque encore on ne pouvait pas atteindre, en introduisant quatre doigts et le métacarpe dans l'anus, la limite supérieure de la dégénérescence, la bride succédant à l'incision faisant toujours une saillie très sensible, mais nullement gênante pour les fonctions.

Quelques douleurs et quelques pertes légères de sang ramènent la malade en novembre 1874. Cette fois on atteint avec deux doigts, dans la partie la plus profonde du rectum, une muqueuse lisse ne présentant ni polypes, ni mamelons. Il faut connaître l'existence de la cicatrice consécutive à la ligature pour en retrouver les traces. Après l'anesthésie j'enlève quelques tumeurs pédiculées, je broie et j'amène par raclage avec les ongles toutes les tumeurs sessiles. Suites très simples. Lorsque la malade part, dix jours après, on sent bien quelques surfaces mamelonnées, mais l'état de la muqueuse rectale n'est plus le même qu'à ses précédentes sorties. De même, à son entrée, on pouvait constater que le développement des masses morbides était arrêté, et c'est par curiosité plutôt que par prudence que j'ai engagé la malade à revenir dans un an.

Les tumeurs étaient constituées, pour la majeure partie de leur tissu, par des glandes tubulées du rectum qui avaient pris un développement excessif, comme dans la très grande majorité des polypes isolés du rectum. Ce qu'il y avait d'intéressant à constater, et ce que j'ai pu faire avec le lambeau de muqueuse excisé après la ligature, c'est le développement initial des polypes. En faisant une coupe sur les plus fins

bourgeoisements de la muqueuse, on s'assurait que l'élément glandulaire (la glande en tube) était bien le premier atteint par l'irritation formative, que secondairement, le tissu conjonctif ou adénoïde péri-glandulaire se mettait à proliférer et à s'hypertrophier, mais que, néanmoins, le polype glandulaire du rectum méritait bien, dans une classification histologique rigoureuse, le nom d'adénome.

Mais on comprend facilement combien les voies naturelles sont peu larges et, si elles suffisent pour l'arrachement d'un polype du rectum, combien il est illusoire de les atteindre tous quand il s'agit de l'affection qui nous occupe où les adénomes sont disséminés dans tout l'intestin, mais principalement dans le colon. Ainsi vont apparaître les procédés destinés à faciliter l'arrachement des polypes ou leur ligature en donnant plus de jour à l'observateur.

La plus simple de ces opérations est celle qui consiste à ouvrir le rectum à sa face postérieure, de façon à étaler la partie inférieure du tube digestif et à permettre une exploration plus complète et un traitement plus sérieux.

C'est à la rectotomie linéaire postérieure, qu'a recours M. le professeur Guyon, dans l'observation présentée à la Société Anatomique par son élève Guillet, observation que nous avons souvent indiquée au chapitre des symptômes, comme à celui du pronostic.

OBSERVATION XXV

Par M. GUILLET, interne des hôpitaux — Compte-rendu de la Société Anatomique, mars 1899.

ADÉNOMES MULTIPLES DU GROS INTESTIN — RECTOTOMIE LINÉAIRE
— INVAGINATION ILÉO-CÆCALE — MORT — AUTOPSIE

Le nommé Paul L..., âgé de 24 ans, coiffeur, entre le 15 février 1887 à l'hôpital Necker, salle St-André n° 9, service de M. le professeur Guyon.

Antécédents héréditaires : père mort subitement à 40 ans; mère morte à 50 ans d'un cancer de l'estomac ; deux frères bien portants ; un troisième mort à 19 ans de la fièvre typhoïde.

Antécédents personnels : pendant l'enfance, bonne santé ; à l'âge de 18 ans, le malade a été pris de violentes coliques dans le ventre et d'une constipation opiniâtre avec vomissements verdâtres très fréquents ; l'abdomen était surtout douloureux vers la fosse iliaque droite. Cet état a persisté six mois ; à ce moment le malade n'a rien remarqué du côté de l'anus ; mais, quelque temps après, il a observé que ses selles contenaient un peu de sang. Depuis lors ses selles sanguinolentes ont continué, mais elles ne s'accompagnaient d'aucune douleur et n'étaient point suivies d'issue de tumeur au dehors de l'anus. Un an après cette première maladie, nouvelle crise semblable à la précédente, qui a nécessité un séjour de 3 mois à l'hôpital Laennec. On a alors porté le diagnostic de typhlite.

Depuis cette époque, deux nouvelles crises, la première ayant duré 3 semaines, la deuxième 2 mois. Puis, le malade s'étant rétabli, a fait son service militaire, après avoir été ajourné un an. Les deux premières années ont été bonnes, mais, la troisième année, il a été pris d'une dysenterie très violente pour laquelle il a été réformé, il y a trois mois. Il rendait alors des glaires sanguinolentes 15 à 20 fois par jour ; c'est

alors aussi que, pour la première fois, il s'aperçut qu'au moment des efforts de défécation, il sortait par l'anus une grosseur qu'il réduisait lui-même facilement.

Le 6 février dernier, le malade est entré à l'hôpital Necker pour cette dysenterie et pour un gonflement douloureux des deux jambes qui était survenu depuis 15 jours. M. Dieulafoy fit le diagnostic d'entérite tuberculeuse et de *phlegmatia alba dolens* double. Quelques jours après, le malade ayant appelé l'attention sur l'existence des tumeurs qui faisaient hernie à l'anus, on le fit passer en chirurgie.

Etat du malade le 15 février. Le malade est pâle, amaigri; il a l'aspect d'un tuberculeux. Le ventre est souple, non ballonné, sonore dans toute son étendue, indolore à la pression. La fosse iliaque droite ne présente aucune trace d'induration ou d'empâtement pouvant faire admettre l'idée d'une typhlite antérieure,

Le foie et la rate sont normaux. Rien au cœur, ni aux poumons.

La jambe gauche n'est point œdématiée; mais elle est un peu douloureuse à la pression au niveau du mollet et la cuisse correspondante est légèrement sensible sur le trajet de la saphène interne. La jambe droite n'est point tuméfiée.

Lorsqu'on examine la région anale, on ne remarque, au premier abord, rien d'anormal; mais quand on ordonne au malade de pousser, on constate, en même temps qu'une turgescence des veines hémorroïdaires, l'issue par l'anus d'une tumeur lobulée, ayant l'aspect d'une grappe de raisin. Cette tumeur, en effet, est constituée par l'agglomération de plusieurs petits grains, du volume d'une lentille, rougeâtres à surface saignante, et réunis les uns aux autres par de petits pédicules qui viennent converger en un pédicule central, lequel remonte vers l'anus. La sortie de cette tumeur s'accompagne de l'issue d'un liquide visqueux, filant et blanchâtre ressemblant à du blanc d'œuf. La tumeur est facilement réductible et le doigt qui pénètre à sa suite dans le rectum reconnaît qu'elle est reliée aux parois du canal par

un pédicule mince, assez long. En outre de cette tumeur, on en sent plusieurs autres qui semblent présenter le même volume et la même constitution, et qui sont, elles aussi, reliées aux parois rectales par un pédicule. Entre ces tumeurs principales se trouvent, aussi bien sur la face antérieure du rectum que sur les faces latérales et sa face postérieure, un grand nombre de petites tumeurs du volume d'une lentille dont les unes sont nettement pédiculées et dont les autres sont sessiles, en sorte que la muqueuse paraît être transformée en une membrane végétante. Toutes ces tumeurs sont molles ; elles saignent peu sous la pression du doigt et paraissent peu douloureuses. Elles s'étendent très loin en haut ; il est impossible d'atteindre leurs limites supérieures. Dans l'intervalle qui les sépare la muqueuse rectale a conservé toute sa souplesse et tout son poli.

La palpation profonde de l'abdomen ne permet pas de reconnaître l'existence de ganglions. Il n'y en a point dans l'aîne. Le malade est maigre et pâle mais l'appétit est conservé ; absence de vomissements ; 3 ou 4 fois par jour selles sanguinolentes.

Rien dans les urines, pas de fièvre.

17 février — Même état ; une petite tumeur pédiculée s'est détachée sous l'influence des efforts de défécations ; elle a tout à fait l'aspect d'un petit polype muqueux.

Le 24, M. Guyon se décide à faire l'ablation de ces tumeurs. Lavage du rectum au sublimé. Rectotomie linéaire à l'aide du trocart courbe et de l'inciseur de Chassaignac. La section de la paroi postérieure du rectum ainsi pratiquée ne donne lieu à aucune hémorrhagie. La main, introduite par l'incision artificielle, permet d'attirer au dehors un grand nombre (environ 30 à 40) de petites tumeurs, analogues à celles que nous avons décrites, c'est-à-dire pédiculées et lobulées. Un fil de soie est placé sur le pédicule de chacune de ces tumeurs qui sont ensuite excisées ; la ligature des pédicules est rendue nécessaire par leur extrême vascularité et la présence, à leur intérieur, d'artères volumineuses.

Le curage du rectum, fait avec beaucoup de soin, est cependant incomplet, car la main entière, introduite, n'arrive pas à reconnaître les limites supérieures de la lésion.

Lavage antiseptique, tamponnement du rectum avec canule centrale. Le soir, le malade va mieux; le ventre n'est pas douloureux. T. 36°4.

Le 22. — Bon état général; le tamponnement est enlevé. Pansement à l'iodoforme. Matin T. 37°9, soir 38°2.

Le 28. — La plaie a bon aspect, mais le malade a été pris de vomissements muqueux: il rend tous les aliments qu'on lui donne. Langue saburrale, diarrhée; mais les selles ne sont point sanglantes. Douleurs légères dans le ventre qui n'est pas ballonné. T matin 38°, soir 38°.

Le 3 mars. — Les symptômes précédents ont persisté vomissements muqueux, diarrhée légère non sanglante. Le ventre est douloureux, principalement dans la fosse iliaque gauche où M. Guyon constate un peu d'empatement; pas de ballonnement. L'état général est mauvais, le pouls petit. La température oscille entre 37°5 et 38°. La plaie rectale va bien.

Le 7 mars. — A la visite du matin on constate, en dehors de l'anus, une masse rougeâtre, du volume du poing, elle semble formée par les parties rectales retournées sur elles-mêmes et en prolapsus. A la surface de cette tumeur, on voit un grand nombre de petites productions polypeuses, et à son sommet une tumeur pédiculée et lobulée, du volume d'une petite noix, analogue à celles que l'on a enlevées précédemment, mais plus volumineuses. M. Guyon excise la tumeur principale et quelques-unes des petites après avoir lié leur pédicule, puis il réduit la masse avec quelque peine et maintient la réduction avec des tampons d'ouate trempés dans la solution boriquée.

L'état général est toujours mauvais: diarrhée, vomissements; le soir, le prolapsus est reproduit, on le réduit de nouveau.

Le 8. — Nouveau prolapsus, nouvelle réduction. Le malade est très affaibli, il meurt à 2 heures de l'après-midi.

Autopsie, faite 36 heures après la mort. A l'ouverture, on constate dans la fosse iliaque gauche une tumeur en forme de boudin, constituée par le gros intestin ; le reste de l'abdomen est occupé par l'intestin grêle non distendu et l'estomac dilaté. Pas traces de péritonite. Quand on examine cette tumeur de plus près, on voit qu'elle est formée par une invagination comprenant le gros intestin et la partie terminale de l'intestin grêle. En effet, l'extrémité supérieure du boudin présente une dépression profonde entourée d'un bourrelet circulaire, dans laquelle pénètre l'intestin grêle, accompagné du mésentère et à l'épiploon. Au niveau de sa pénétration dans le boudin, l'intestin grêle n'offre de lésion apparente ni du côté de la séreuse, ni du côté de la muqueuse ; il est peu serré et, en exerçant de légères tractions sur lui, on le déroule aisément. Plus haut, il renferme une petite quantité de matières fécales plus noirâtres et demi-liquides, mais ses parois sont saines.

Si on examine alors le rectum, on remarque qu'il est recouvert dans toute son étendue par de petites tumeurs pédiculées, à coloration grise ou rosée variant du volume d'une lentille à celui d'un petit pois. Ces tumeurs sont molles ; on en rencontre de 60 à 80 sur le rectum ; plus haut, il en existe encore quelques-unes disséminées çà et là. Dans leur intervalle la muqueuse est saine ; elle a conservé sa coloration et sa consistance normales.

Toutes ces lésions sont très nettes, mais ce qui frappe c'est la présence, à 35 centimètres de l'anus, d'une énorme tumeur du volume du poing faisant hernie dans le canal intestinal, tumeur qui constitue l'extrémité inférieure du boyau précédemment décrit. Cette tumeur a une coloration rougeâtre et sa surface extérieure présente tous les caractères du gros intestin retourné ; on y remarque quelques productions polypeuses ; son extrémité, la tête de l'invagination offre à son centre une dépression de 2 à 3 centimètres au

fond de laquelle on remarque l'orifice non dilaté de l'appendice iléo-cœcal ; en avant se voit la valvule iléo-cœcale dont les deux valves agglutinées dissimulaient à un premier examen l'orifice de communication avec l'intestin grêle ; une injection d'eau, poussée dans ce dernier, au niveau de la pénétration dans le boudin d'invagination, ressort par cet orifice. Toutes ces parties sont recouvertes par une foule de petites tumeurs pédiculées analogues à celles qui existent sur le rectum. On y voit des fils à ligature. C'est donc bien cette masse qui, quelques jours avant la mort du malade, est venue faire hernie à l'an us et sur laquelle M. Guyon a réséqué plusieurs polypes dont l'un avait le volume d'une noix.

Les ganglions pelviens et mésentériques sont indemnes. Les autres organes n'offrent rien de particulier : estomac normal, foie gros, un peu volumineux ; rate normale ; reins sains ; cœur normal. Poumon droit adhérent dans toute son étendue aux parois costales et au diaphragme. Quelques noyaux tuberculeux au sommet.

Poumon gauche sain.

La veine iliaque gauche renferme un caillot un peu adhérent aux parois ; rien dans les saphènes.

Examen histologique des tumeurs pédiculées. — M. de Gennes a eu l'obligeance de faire cet examen. Nous transcrivons la note qu'il nous a remise. L'examen histologique a porté sur toute l'étendue d'une des tumeurs, depuis son point d'implantation jusqu'à sa surface libre. Des coupes minces, comprenant ainsi toute la tumeur, ont été colorées par le picro-carmin et examinées d'abord à un faible grossissement (oculaire 1, objectif 2 de Verick). Ainsi examinées, les coupes présentent deux parties distinctes : une qui répond au point d'implantation de la tumeur, l'autre comprenant la partie libre superficielle.

La partie adhérente aux tuniques intestinales est, en majeure partie, composée du tissu embryonnaire formé de quelques tractus conjonctifs et surtout d'une grande quantité de cellules rondes. Au milieu de ce tissu de normale formation

se voient de nombreux orifices vasculaires, vides pour la plupart, quelques-uns contiennent cependant des globules sanguins. A mesure qu'on s'éloigne de la partie adhérente de la tumeur, on voit des culs-de-sac et des orifices glandulaires se montrer au milieu du tissu embryonnaire et, si l'examen porte sur la partie tout-à-fait libre de la tumeur, on aperçoit qu'elle est presque exclusivement formée de glandes espacées, les unes transversalement, les autres suivant leur grand axe. Chacune des glandes possède un contour très net et une rangée très régulière de cellules épithéliales cylindriques. Cette apparence est surtout très nette au niveau des sections transversales des glandes.

Tout à fait à la superficie, on peut distinguer des glandes entières dont l'ouverture se fait à la superficie, absolument comme sur la muqueuse normale de l'intestin.

Toutes ces glandes sont séparées par du tissu conjonctif embryonnaire, très abondant en certains points, réduit à quelques cellules rondes sur d'autres points. Examinées à un plus fort grossissement, les coupes présentaient à étudier surtout les cellules cylindriques tapissant les cavités glandulaires. Ces cellules sont très volumineuses ; gonflées surtout au niveau de leur extrémité cavitaire, elles semblent distendues par du mucus ; elles présentent, en un mot, tous les caractères des cellules caliciformes. Chaque glande examinée paraît aussi dilatée.

En résumé, tumeur constituée par des glandes à cellules cylindriques, avec une trame de tissu embryonnaire plus ou moins abondant selon les points considérés. Si on met en relief les points suivants : cavités glandulaires, nettes, régulières, dilatées, épithélium cylindrique régulier et régulièrement implanté, glandes s'ouvrant à la superficie comme sur une longueur normale, on arrive à cette conclusion, c'est qu'on a affaire à un véritable adénome à cellules cylindriques.

« Les tumeurs siégeaient sur toute l'étendue du gros intestin, mais elles semblaient affectionner, surtout, ses deux extrémités, le cœcum et le rectum où on les rencontrait en très grande abondance ».

A quoi avait alors correspondu l'opération faite, qui n'avait porté que sur la partie inférieure du gros intestin et même sur une petite étendue de celui-ci ? Les polypes arrachés avaient amélioré la situation du malade dans de bien faibles proportions et ne l'avaient pas empêché de mourir de cachexie autant que d'occlusion intestinale. L'opération peut même être accusée d'avoir hâté la mort, par le choc qu'elle provoqua.

D'autres auteurs souvent, par des voies différentes, ont essayé d'arracher les polyadénomes de l'intestin; dans la plupart des cas on voit une amélioration succéder à l'opération, mais une amélioration seulement; l'état du malade ne revient que très rarement parfait et ce ne sont que des survies que lui accorde le chirurgien ; c'est considérable assurément et les opérations de l'arrachement ou de la ligature, ou mieux encore de l'ablation à l'anse galvanique, comme l'a proposé M. le professeur agrégé Vallas(1), doivent prendre rang comme des meilleures pour obtenir l'amélioration de l'état des malades, nous verrons dans quels cas.

Mais encore n'est-ce pas là l'idéal; le malade, repris fréquemment par la récurrence, est au bout de peu de temps, obligé de se remettre entre les mains du chi-

(1) Société de Chirurgie de Lyon, séance du 4 nov. 1897.

rurgien. L'opéré de Smith est obligé d'avoir recours à cinq reprises à ses soins opératoires.

OBSERVATION XXVI

Cas de Smith. St-Bartholomews hosp. reports, 1887

Le malade, âgé de 20 ans, avait été opéré dix ans avant pour des hémorrhagies d'origine rectale; l'opération avait été suivie de six mois de bien-être ; les hémorrhagies revinrent entre temps, et malgré de fréquentes interventions opératives, elles subsistaient.

Examen à l'entrée. — Anémie extrême; le malade se plaint de douleurs au rectum, particulièrement pendant les selles ; émissions pénibles, sanglantes et muqueuses ; à la pression on perçoit une masse polypeuse. Après la dilatation de l'anus, le rectum se présenta très dilaté, couvert de polypes pédiculés, sanguinolents, de la grosseur d'une lentille à celle d'une cerise. Durant les années 1881, 1882, 1883, 1885 les grosses tumeurs furent combattues avec un succès durable par la ligature. A la dernière opération on trouva un point douloureux dans la région lombaire gauche. Mort en mars 1887.

Autopsie. — Rétrécissement presque impénétrable de l'anse sigmoïde. A la suite d'un adémone ancéreau on rencontrait seulement dans le colon ascendant et transverse trois à quatre petits polypes, et puis, jusqu'à l'anus une foule innombrable de semblaïbles polypes, les uns longuement pédiculés, d'autres mamelonnés, tous de structure adénomateuses.

Dans les antécédents, il faut noter encore qu'un frère du malade, âgé de 17 ans, présentait des hémorrhagies et un prolapsus rectal, de même une sœur de 16 ans présentait, elle aussi, des croissances polypeuses. Cette dernière se plaint depuis sept ans de douleurs incessantes. Deux autres sœurs et un frère sont bien portants.

C'est donc un fait bien acquis : les polypes répartis sur le gros intestin sont impossibles à atteindre par les voies naturelles et l'opération n'est guère plus facile quand on s'aide d'une ouverture telle que la rectotomie linéaire.

Il faut cependant guérir les malades, éloigner la cachexie qui les attend, les douleurs après chaque selle, l'excitation des matières fécales sur des tumeurs très vasculaires dont l'hémorrhagie constante est une cause d'affaiblissement extrême. Il faut, pour cela détourner le cours des matières des parties de l'intestin atteintes par l'affection. Nous avons indiqué au chapitre de l'anatomie pathologique que le colon et le rectum sont le plus généralement atteints et l'intestin grêle très exceptionnellement ; le problème à résoudre est d'exclure du cours des matières le gros intestin.

Rotter a pensé à une opération de ce genre, mais le cas pour lequel il fit cette opération n'est pas un cas type : les polypes étaient limités au cœcum. C'est tout ce qu'il y a de plus exceptionnel. Le résultat de l'opération ne fut, d'ailleurs, pas bon, moins de deux mois après l'intervention, le malade mourait.

OBSERVATION XXVII

Cas du professeur J. ROTTER. *Archiv. für Klinisch. chirurgie*
de Langenbeck, t. 58, 1899.

Gustave D..., 34 ans, tailleur. Reçu le 20 mars 1895.

Antécédents. Depuis 6 ans inflammation du cœcum et hémorrhagies qui ne se sont pas reproduites depuis. Depuis deux ans (mai 1893), commença la douleur présente avec

diarrhées qui se produisirent d'une façon fugace au début, mais qui furent persistantes plus tard et troublèrent souvent le repos nocturne. Depuis 6 mois, l'incontinence alvine est survenue.

Etat actuel. Le sujet qui, depuis un an, a remarqué une rapide déperdition des forces, fait aujourd'hui l'impression d'un homme amaigri, anémié qui, depuis déjà longtemps, se tient au lit. Pouls jamais au-dessous de 120.

Le doigt introduit dans le rectum rencontre des polypes en gros amas qui remplissent l'ampoule. A la selle sortent plusieurs polypes dont l'un est gros comme le poing. Les autres sont en grappe et petits. Les plus petits sont comptables avec peine. Aussi loin que remonte le doigt il en touche toujours de nouveaux. La muqueuse de l'intestin est gonflée inflammée et un écoulement abondant formé de glaires et de pus mêlé de sang, sort. Le ventre, quelque peu tendu ne laisse rien constater de particulier sur le cours du colon ascendant et transverse, mais, dans le colon ascendant on peut sentir au-dessus du cœcum une tumeur molle de la grosseur d'un poing environ.

Diagnostic : Polypes du rectum et de l'intestin grêle.

Le traitement commença le 28 mars sous l'anesthésie à la cocaïne, on enlève les polypes du rectum par ligature du pédicule et avec le thermo-cautère et les ciseaux on enlève environ une dizaine des plus grosses excroissances; les recherches microscopiques firent découvrir qu'on avait affaire à un adénome simple; quoique, par suite de l'ablation des polypes, les douleurs dues au prolapsus aient disparu, l'état général ne s'améliora pas, cependant; les douleurs de tête, les diarrhées incessantes ne cessèrent pas et furent mises sur le compte en partie d'une polypose étendue au gros intestin et en partie sur le compte d'une anse intestinale en état de sténose dans le colon ascendant. Aussi me décidai-je à supprimer le colon tout entier du passage des excréments.

Le 10 avril, le malade est endormi. On fait une laparotomie médiane dans le colon ascendant; tumeur molle grosse

comme le poing que l'on aperçoit dans sa lumière, on résèque l'iléon sur une longueur de 30 centimètres environ au-dessus du cœcum et le moignon restant est implanté dans la partie inférieure de l'S iliaque par anastomose collatérale et le pédoncule est cousu dans la plaie abdominale; l'opération est difficilement supportée mais quelque temps après le malade se remit. Le jour suivant le malade n'a plus que deux selles, alla mieux et le pouls descendit à 90-100. Le 4 mai le malade fut congédié, chez lui l'amélioration ne dura pas. Il survint une fièvre légère et régulière et le malade dut mourir peu de mois après.

C'est une intervention semblable que fait Holtmann à un de ses malades quelque temps après : une eutéro-anastomose entre l'iléon et le colon transverse à l'aide d'une suture de Lambert. Le malade fut pris après l'opération de frissons, de fièvre et succomba.

MM. Quénu et Landel parlent dans leur article du bon résultat à attendre de l'anastomose entre deux anses intestinales; ils citent un cas opéré dans ces conditions où les suites furent simples, la guérison opératoire obtenue, les selles régularisées, les souffrances atténuées et le résultat palliatif fut meilleur qu'il n'était permis d'espérer. Il est vrai de dire qu'ils conseillent de débarrasser en premier lieu le rectum des polypes que l'on peut atteindre par l'anus.

Mais pourquoi une anastomose? Quel est l'obstacle qui la justifie? Nous ne trouvons pas une observation sur les quarante-neuf cas que nous avons réunis où elle soit notée.

Comment être sûr que l'anastomose faite détourne

les matières des tumeurs polypeuses ? Sait-on jamais où elles se terminent en supposant que la partie inférieure de l'intestin grêle et la partie supérieure du colon soient seuls atteints ? Où faire l'incision ?

Si le colon et le rectum sont atteints dans toute leur longueur, ce qui est le plus fréquent, où faire l'anastomose ? Telles sont les objections qui se présentent à l'esprit. Les résultats ne sont pas faits pour nous faire modifier notre opinion.

Le malade de Rotter devint cachectique et mourut malgré l'entéro-anastomose faite. Le malade de Holtmann succomba aussi.

Quant au malade de Quénu, si les selles devinrent régulières, les souffrances ne firent que « s'atténuer » et le résultat ne fut que « meilleur qu'il n'était permis d'espérer », disons médiocre.

D'autant plus que le malade doit, pour être guéri, supporter plusieurs interventions : l'entéro-anastomose d'abord, puis les polypes du rectum dont il est assez malaisé de débarrasser le malade en une fois. Et nous oublions la récurrence, presque inévitable après les arrachements et les ligatures les mieux pratiqués.

Il faut penser à autre chose. Et nous dirons que, devant la gravité du pronostic, il ne faut pas hésiter, devant un malade atteint de polyadénomes de l'intestin, bien constatés au toucher rectal, remontant très haut sur le gros intestin, à faire l'exclusion du colon, par une cœcostomie iliaque.

Telle est la conclusion à laquelle parvenait M. le professeur agrégé Gangolphe, en ce qui concerne le

malade qui s'est présenté à son observation et qui a refusé l'intervention.

L'opération doit avoir ici les suites les plus heureuses, elle est simple, détourne les matières fécales du colon et du rectum généralement atteints, arrête les hémorrhagies qu'elles provoquent par leur incessante irritation, fait disparaître complètement les douleurs si vives de la défécation, et donne enfin l'amélioration considérable que crée l'anus contre nature chez les malades atteints de cancer du rectum comme nous avons eu l'occasion bien fréquente de le voir dans le service de M. le professeur agrégé Gangolphe.

Tel est le meilleur moyen à employer pour la « mise au repos » de l'intestin, moyen semblable à celui employé pour certaines tumeurs de la vessie, avec la cystostomie sus-pubienne, surtout quand ces tumeurs sont au-dessus des ressources de la chirurgie. Cette comparaison, qui appartient à M. Gangolphe, indique bien quels sont les bénéfices à tirer de l'opération que nous indiquons.

En effet, par un cercle vicieux que rien ne vient interrompre, si une opération n'est pas pratiquée, les polyadénomes de l'intestin entretiennent une irritation constante de la muqueuse qui, elle-même, provoque la formation de tumeurs nouvelles ; l'irritation des polyadénomes produit une congestion intense qui donne des hémorrhagies de plus en plus fortes, une diarrhée toujours plus violente et, partant, une anémie dont le praticien n'est plus maître.

La mise au repos rompt ce cercle vicieux, source

de symptômes de plus en plus graves. La partie de l'intestin qui ne reçoit plus les matières fécales se décongestionne lentement, peut devenir scléreuse, et les polyadénomes, mal nourris par un moindre apport sanguin disparaître de la muqueuse.

D'autant plus que la portion d'intestin malade, ayant été traitée par le procédé de la double ligature, de la même façon que la colostomie iliaque, par le procédé de M. le professeur agrégé Gangolphe, peut apparaître et être traitée à part, sans produire aucune complication sur l'intestin sain. C'est ici que prennent place les injections modificatrices, telles que l'azotate d'argent ou l'huile salicylée auxquelles on peut avoir recours pour agir sur le bout inférieur; et même quant l'état général s'est amélioré, parallèlement à l'état local, rien n'empêche de faire disparaître l'anus contre nature.

Une objection facile à prévoir est la suivante : il existe des cas où la polypose intestinale s'est généralisée à l'intestin tout entier (cas de Smith, cas de Collier, cas de M. le professeur Fochier). Il est évident qu'alors l'opération ne doit pas être faite puisqu'elle n'atteint pas la limite supérieure des proliférations; mais ces cas sont les plus rares, et il faut se borner, en présence de malades à pronostic aussi sombre, à faire un traitement incomplet, en ne s'occupant que des polypes accessibles par les voies naturelles. La malade de M. le professeur Fochier revint plusieurs fois dans son service pour en repartir très améliorée; chaque fois on lui avait enlevé les polypes accessibles; l'autopsie fit découvrir la pré-

sence d'adénomes dans l'estomac et l'intestin grêle.

Le malade peut enfin se présenter avec un état général très mauvais, faisant redouter l'opération proposée; c'est, là encore, un cas où il est bon de s'occuper des polypes accessibles par la voie rectale, d'en débarrasser le malade pour revenir, dans une deuxième intervention, à un traitement complet lorsque l'état général est meilleur.

Un cas existe dans la littérature médicale où on a tenté d'améliorer un malade par un anus contre nature: c'est le cas de Sklifasowski.

OBSERVATION XXVIII

CAS de SKLIFASOWSKI. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1881.

POLYADENOMA TRACTUS INTESTINALIS.

Un homme de 51 ans arrive à l'hôpital, très faible, et dans un état d'amaigrissement assez considérable. Il souffrait, depuis bientôt sept ans, de coliques; selles souvent muqueuses parfois sanguinolentes.

Au toucher rectal on sent, à huit centimètres au-dessus du sphincter, des excroissances polypeuses de la grosseur d'un pois à une cerise, en parties pédiculées, en partie légèrement implantées. Paroi intestinale épaissie; quelques jours plus tard, opération. Incision de 14 centimètres de long à 1 centimètre au-dessus du ligament de Poupart. Suture au catgut de la séreuse; ouverture de l'intestin; double suture de la muqueuse; la muqueuse intestinale qui se présente à nu se montre avec les excroissances décrites plus haut et présentait ces excroissances partout où le toucher permettait d'atteindre; une partie de celles-ci furent enlevées avec la pince à pansement; il en résulta une forte hémorrhagie qu'on arrêta par le tamponnement; puis suture de l'incision. Anus

contre nature; l'état s'améliore consécutivement très rapidement et, deux mois après, le malade pouvait reprendre ses occupations de marchand. L'obturation de l'anus fonctionnait mal et, malgré cela, les douleurs d'autrefois étaient diminuées.

Mais cette observation, qui manque singulièrement de précision, n'est pas à comparer avec l'intervention que M. le professeur agrégé Gangolphe propose. Sklifasowski n'indique pas la partie de l'intestin sur laquelle porta l'intervention qui fut des moins systématiques. Si nous la notons, c'est pour être complet.

Dans les cas de polyadénomes de l'intestin, le malade ne peut être sauvé que par l'exclusion du colon et du rectum par une cœcostomie iliaque.

AUTEUR	AGE du Malade	HÉRÉDITÉ	DATE de l'Affection	PARTIE ATTEINTE	ÉVOLUTION	CAUSE de la MORT
Sklifasowski	54 ans	—	7 ans	rectum	amélioration	—
Cripps	49 »	4 sœur	10 »	rectum	amélioration	—
Whitehead	24 »	—	10 »	— et colon	amélioration	—
Smith	20 »	2 »	10 »	rectum, colon et cœcum	mort	carcinome
Guillet	24 »	—	—	rectum et colon	mort	invagination
Handford	34 »	aucune	inconnue	rectum	mort	carcinome
Bickersteth	41 »	mère	4 ans	rectum, colon et cœcum	amélioration	—
Dalton	28 »	aucune	2 »	— — —	mort	hémorrhagie
Paget	1. homme	2 sœurs	—	— — —	mort	hémorrhagie
Hutchinson	48 »	—	—	— — —	mort	carcinome
Makins	20 »	—	—	— — —	mort	carcinome
Geissler	49 »	—	depuis la plus tendre enfance	rectum, colon et cœcum	mort	invagination
Helferich	19 »	4 sœur	—	rectum, colon, cœcum et estomac	mort	carcinome

AUTEUR	AGE du Malade	HERÉDITÉ	DATE de la Maladie	SIÈGE DE L'AFFECTION	ÉVOLUTION	CAUSE de la MORT
Holtmann	22 ans	—	6 ans	tout l'intest. ; rectum le plus atteint	—	cancer
Virchow	15 »	—	8 »	colon	—	cachexie
Richet	21 »	—	plus. années	rectum et colon descendant	guérison	
Fochier	18 »	—	6 ans	rectum, gros int. et int. grêle	mort	invagination
Rotter	34 »	—	2 »	rectum, cœcum	—	cachexie
Czerny	37 »	—	15 »	colon	—	cachexie
Czerny	18 »	—	3 »	rectum colon	amélioration	—
Hüss	44 »	—	3 »	tout l'intestin, estomac	—	cachexie
Raymond	62 »	—	inconnue	tout l'intestin, estomac	—	cachexie
Girode	58 »	—	inconnue	intestin grêle	—	cachexie
Robert	16 »	—	7 ans	rectum	amélioration	
Tachard	22 »	—	quelq. mois	gros intestin	—	tuberculose
Hauser	60 »	—	inconnue	rectum	amélioration	
Hauser	60 »	—	6 ans	colon, rectum	—	cutéinome
Karajan	23 »	—	inconnue	iléon jéjunum	guérison	

AUTEUR	AGE du Malade	HÉRÉDITÉ	DATE de la Maladie	SIÈGE DE L'AFFECTION	ÉVOLUTION	CAUSE de la MORT
Bardenheuer	48 ans	—	1 an	gros intestin	—	carcinome
Fink	19 »	1 sœur	1 »	colon et rectum	amélioration	—
Hauser	60 »	—	3 ans	colon, rectum	—	carcinome
Hauser	39 »	—	4 »	colon, rectum	—	carcinome
Luschka	30 »	—	15 »	tout l'intestin colon particul.	—	hémorrhagie
Collier	31 »	—	4 »	tout l'intestin avec estomac	—	invagination
Paltauf	21 »	—	1 »	tout l'intestin, estomac	—	invagination
Hauser	33 »	—	2 mois	tout l'intestin.	—	péritonie
Desnos	26 »	—	inconnue	colon	—	cachexie
Lebert	32 »	—	1 an	colon	—	pneumonie
Rotter	31 »	—	6 sem.	S iliaque et rectum	guérison	—
Petrow	20 »	—	2 »	tout l'intestin	—	invagination
Quénu	62 »	—	6 mois	gros intestin	—	cancer
Quénu	60 »	—	18 »	gros intestin	—	cancer
Horand	15 »	—	7 ans	gros intestin, rectum	amélioration	—
Gangolphe	25 »	—	quelq. mois	gros intestin, rectum	inconnue	—

Observations

OBSERVATION XXIX

Clinique chirurgicale d'Heidelberg du professeur CZERNY.

W. D..., pharmacien, 37 ans, entre à l'hôpital le 19 décembre 1895. Le père et un frère du patient morts de maladies du cœur. Autres antécédents familiaux sans importance. Le malade a toujours été bien portant; deux enfants en bonne santé. Jamais de dysenterie. Depuis quinze ans, le malade se plaint d'insignifiantes affections hémorrhoïdales. Elles sortent de l'anūs sous la forme de tubercules mous; il y a dans les selles quelques filets de sang.

Au commencement d'octobre 1895 survinrent tout à coup des hémorrhagies considérables, qui affaiblissent beaucoup le patient, les selles étaient diarrhéiques, l'appétit disparaît, l'émission des vents ne se faisait pas aussi bien qu'auparavant, le ventre était souvent flatulent; en six semaines le malade perdit 42 livres. La quantité d'urine n'était pas diminuée. Depuis huit jours, une grosse tumeur hémorrhoïdale qui sortait de l'anūs a disparu; l'hémorrhagie a cessé.

Etat actuel (19 décembre 1895). Constitution solide, le malade corpulent présente les signes d'un grand affaiblissement et d'une forte anémie. Pas d'œdème. Langue humide, modérément chargée; haleine particulière ressemblant « à l'odeur du fruit ». Thorax bombé; état pulmonaire normal;

rien à signaler du côté du système circulatoire. Bruits faibles, mais purs et réguliers. Pouls petit (110) faiblement dépressible. Abdomen quelque peu gonflé ; il révèle au côté gauche jusqu'à la région lombaire, de faibles diminutions de la sonorité ; à la palpation, la résistance est augmentée.

Douleur légère à la pression, aucune formation de tumeurs n'est manifeste, foie gros s'étendant dans la ligne mamelonnaire du 4^e espace intercostal jusqu'à deux doigts au-dessous de la dernière côte.

La matité splénique est normale, les ganglions inguinaux ne sont pas gonflés ; l'urine est brune. Un peu d'indican, un peu d'albumine, pas de sucre.

Du bord gauche de l'anus part un petit prolapsus mou, en forme de crêtes de coq, de surface unie sans ulcérations, elle est grêle et représente bien le reste de l'hémorroïde, depuis quelque temps disparue. A la pression, au devant de l'anus pas de tumeurs. Au toucher rectal, on trouve une muqueuse particulièrement granuleuse, verruqueuse, mais molle, sans consistance solide, sans infiltration.

L'application d'une injection de deux litres d'eau savonneuse est suivie d'un gonflement très sensible de la région abdominale gauche, correspondant au parcours du colon transverse et descendant ; l'eau ressort après quelque temps avec une couleur d'excréments, mais sans pus ni sang. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne peut trouver aucun bacille du gros intestin, pas de bacilles tuberculeux ; cinq ou six selles par jour, les excréments sont filants semblables à de la purée de pois. Après cet examen, on pose le diagnostic de catarrhe chronique (tuberculeux ?) avec ulcères intestinaux dans la région de l'os iliaque et d'une péritonite exsudative circonscrite au côté gauche.

Traitement. — Diète légère de viande. Tannin à l'intérieur (0,2), opium pur (0.03), en 4 fois. En plus des injections de salicylate ; 2 fois par jour suppositoire à l'onguent de savon avec bain. Repos au lit.

Sous ce traitement, amélioration lente consécutive, le poids

du corps s'élève de 128 à 133 livres ; les forces reprennent, le malade se promène un peu, l'appétit redevient meilleur, les selles se succèdent trois à quatre fois par jour, toujours claires et filantes, la résistance de la région abdominale gauche n'a pas cessé, la diminution de la sonorité à la percussion reste sensible ; le 5 février 1895, sur sa demande, le malade quitte l'hôpital, mais déjà, le 5 mars, le malade est obligé de revenir, chez lui son état a empiré, l'appétit a disparu de nouveau, les forces lui manquent totalement, le poids de son corps, monté à 155 livres, a diminué de quelques livres ; ses selles sont maintenant claires, de consistance pâteuse, sans fragments solides, toujours ni sang, ni pus (4 selles par jour) ; selles non douloureuses. L'état local reste le même ; à la partie gauche et inférieure de l'abdomen on sent, à la palpation, une résistance légère mal délimitée avec une résistance modérée ; légère sensibilité à la pression ; dans cette région diminution légère du tympanisme abdominal dont l'intensité très variable ne disparaît jamais. Le reste de l'abdomen est normal. Ni toux, ni expectoration. Dans l'urine traces d'albumine, pas de sucre. Le soir la température monte de 38° à 38°2.

Traitement. — Deux fois par jour, frottement à l'onguent savonneux sur tout le corps ; bains ; nourriture végétale plus abondante, lait avec gruau et farine de froment.

Lavements de gomme arabique avec une cuillerée à café de bismuth et de tannin. A l'intérieur créosote. Le malade, à son dernier séjour à l'hôpital, avait commencé à en prendre ; il continue jusqu'à 25 gouttes par jour.

26 mars. — Les aliments farineux ne conviennent pas au patient, on lui permet au repas de midi un peu de viande ; en avril le malade éprouve un bien-être subjectif sensible, tandis qu'objectivement on ne peut constater aucun changement.

28 avril. — Le malade quitte l'hôpital et va passer l'été à Tölz.

Comme l'état ne s'améliorait pas, le malade revient, le 19 juin pour la troisième fois, on constate l'état suivant : homme fatigué, anémique, défait avec un pannicule adipeux bien proportionné, pas d'œdème, pas de gonflement ganglionnaire ; peau flasque. L'examen des poumons révèle une légère submatité au sommet gauche. Respiration exagérée ; râles bronchiques ; dans la partie inférieure respiration rude, à droite rien, cœur normal. Abdomen quelque peu gonflé, moyennement tendu ; la percussion à droite, entre l'ombilic et la symphyse fait reconnaître une matité en arc de cercle qui commence après l'ombilic et se dirige vers la région lombaire, alors on suppose l'existence d'une tuberculose péritonéale à son début et l'on décide de faire une laparotomie exploratrice exécutée le 25 juin par M. le professeur Czerny. Chloroforme et morphine. L'incision de 14 cm. met à nu un épiploon fortement graisseux ; cet épiploon est fortement fixé à la paroi gauche du bassin. Le colon ascendant est fortement épaissi dans sa paroi et tout-à-fait fixé par les masses graisseuses qui l'entourent. A la surface intérieure de l'intestin on constate des ulcérations ; la région cœcale n'a rien d'anormal ; on tamponne à la gaze stérilisée la surface supérieure du colon et la paroi abdominale est refermée par des sutures profondes ; l'exsudat n'était pas visible ; la matité était donc due à la masse graisseuse. Diagnostic fait après l'opération : colite chronique tuberculeuse avec péritonite adhésive.

Après l'opération, pouls petit, fréquent ; le 26, 27 suivants, melenas fréquents, selles noirâtres, le melena provient certainement de la section des parties supérieures de l'intestin, probablement du colon ascendant. Le malade entre dans le collapsus sans être amélioré par des injections d'éther camphré et le 29 juin meurt.

L'autopsie faite quatre heures après, révéla les faits suivants :

Cadavre de grandeur moyenne avec pannicule adipeux assez fort ; aucun épanchement, dans les cavités du corps : poumon droit adhérent, s'enlevant par morceaux : parties

inférieures quelque peu hyperémiées, Pas de signes de tuberculose, cœur normal.

Aucune hémorrhagie venant de l'opération, pas de péritonite; le colon transverse est très fortement gonflé. Tout le colon est atteint d'une colite polypeuse étendue; le gros intestin tout entier, en commençant par le cœcum, est couvert de polypes. L'S iliaque est particulièrement atteinte. Ici se trouve une tumeur plus grosse que les autres, celles-ci sont les unes plus courtes, les autres plus longues sur leurs pédicules. Il semble même y avoir des nodules dans la muqueuse. Leur grandeur varie entre la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Beaucoup sont hyperémiés ou colorés par une hémorrhagie. Intéressant l'anse sigmoïde gauche, on trouve un rétrécissement provenant d'une ulcération cicatrisée. Il est difficile d'indiquer de quelle nature est cette ulcération; un autre rétrécissement tout autour de la paroi intestinale fortement épaissie sur l'anse gauche se trouve sur la région opératoire. La région entre les deux rétrécissements est fortement dilatée; des ulcérations ou un processus tuberculeux ne peuvent pas être constatés. Entre les polypes la muqueuse est hyperémiée mais sans autre modification; au rectum on rencontre quelques petits polypes dont la couleur est sensiblement plus sombre que celle de la muqueuse environnante. Les têtes de ces polypes montrent des sillons de profondeur différente qui prêtent à l'ensemble l'apparence segmentée et rappellent le type papillaire. Dans la coupe de l'intestin dilaté se trouvent des polypes non pédiculés qui donnent au reste une apparence presque unie tandis que dans l'S iliaque elles donnent des bourrelets plus sensibles.

OBSERVATION XXX

Clinique chirurgicale d'Heildeberg du professeur CZERNY.

Mlle C..., 18 ans. Déjà dans son enfance est sujette aux diarrhées. Il y a 3 ans elle eut un fort catarrhe de l'estomac et de l'intestin; après cela tendance à éliminer des mucosités

par le rectum avec hémorrhagies. Il y a 6 mois un traitement énergique fit cesser les douleurs. Depuis un mois nouvelles pertes de sang, mucosités dans les selles, douleur aiguë à l'anus et surtout dans les efforts pour aller à la selle.

Etat présent : anémie. Cœur, poumons normaux. Abdomen légèrement tendu avec météorisme sur le trajet du colon descendant et transverse ; douleur à la pression. Foie et rate normaux. Tendance à la constipation. Ni sucre, ni albumine dans les urines. Selles chargées de mucosités mêlées d'une certaine quantité de sang. L'inspection et la palpation du rectum révèlent que toute la muqueuse, aussi loin qu'on puisse la voir et la sentir, est épaissie et présente des villosités et des papilles qui saignent facilement et sont partiellement recouvertes de muqueuse.

Comme l'examen clinique montrait que le colon était intéressé, on fait le diagnostic de rectite et colite polypeuse.

Sous le chloroforme raclage du rectum. Tamponnement à la gaze iodoformée. Le jour suivant on enlève le tampon. Chaque jour, le matin injection d'un litre d'eau avec 20 à 30 gouttes de perchlorure de fer; le soir, 50 gr. d'huile salicylée 1 o/o comme cicatrisant. A l'intérieur, 3 fois par jour bismuth et acide salicylique.

Après 12 jours, la malade, avec 2 à 3 selles par jour, a vu de temps en temps des mucosités mais pas de sang. Elle se plaint d'une sensation de pesanteur à l'abdomen, avec ténésme sans selles consécutives. Le traitement reste le même.

Après quelques jours de plus, les douleurs disparaissent lentement, 1 à 2 selles par jour, selles demi-liquides filantes, de couleur brune.

38 jours après son entrée, la malade est rendue à ses parents.

Mais environ 3 semaines après, elle revient à l'hôpital. Car après cessation d'injection d'huile salicylée, les douleurs ont recommencé ; 3 ou 4 selles liquides par jour, sensation d'oppression désagréable à l'épigastre. Dans le rectum on sent

encore quelques petites nodosités; on n'a pas cependant trouvé de formations nouvelles.

Traitement analogue à celui du premier séjour. Les douleurs rétrocedent encore. En outre, la malade reçoit comme avant du cōpahu, trois fois par jour, 0,2 en pilules. 3 semaines après la 2^e entrée on constate avec le spéculum anal, dans les parties excoriées du rectum, qu'il n'y a plus de néoformations.

Cependant, on voit encore au-dessus du sphincter de nombreuses formations nodulaires. Pas de tumeur décelable. Une semaine après la malade se sent tout à fait bien, elle mange de tout avec appétit. Elle ressent seulement parfois un léger malaise et une sensation d'oppression.

2 selles par jour; mucosités en quantité modérée, rarement une strie de sang. La malade rentre chez elle.

L'examen microscopique des polypes glandulaires révèle des polypes purs, bénins avec tissu interstitiel infiltré de cellules avec un faible développement vasculaire.

L'amélioration dura longtemps. Cependant maintenant, une année après son départ, elle nous écrit que ses douleurs reviennent; on a de nouveau constaté la formation de polypes dans le rectum et il semble toujours que avant peu l'état doive empirer, comme au commencement du traitement.

OBSERVATION XXXI

Cas de CRIPPS. — Transactions of the pathologic.
Society of London, 1882.

Garçon de 19 ans, bonne santé habituelle jusqu'à sa neuvième année. A cette époque, on remarque un jour, à la suite d'un refroidissement, une hémorrhagie rectale considérable. Dans sa onzième année, il fut opéré pour la première fois, résultat passager; trois fois encore, sans du reste obtenir d'amélioration positive, on opère le malade.

A son entrée, anémie considérable, car durant les derniers mois, il avait eu beaucoup d'hémorrhagies. Sous le chloro-

forme, on dilata le sphincter et on vit quelques groupes de tumeurs présentant la forme d'une mûre, variable dans leur grosseur, dont certaines étaient manifestement pédiculisées. Ces tumeurs étaient très molles, la muqueuse environnante n'était pas épaissie. Avec le doigt on ne pouvait pas atteindre les limites de cette colonie de tumeurs.

La sœur du malade, âgée de 17 ans, souffre de la même affection.

OBSERVATION XXXII

Cas de KARAJAN.

Wiener Klin. Wochenschrift, 1899.

Observation de polypes multiples de l'intestin, appartenant à l'iléon et au jéjunum, tirée de la clinique d'Albert (de Vienne).

EIN GEHEILTER FALL VON DARMPOLYPOSIS.

L'intestin fut ouvert en cinq endroits et les polypes furent enlevés. Par l'issue de ces incisions, portant sur le jéjunum, quatre polypes, adjacents à la muqueuse, purent seulement être extraits et de nombreux petits polypes, de la grosseur d'un pois, qui ne pouvaient être palpés du dehors, durent être abandonnés. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

De HAUSER

Homme de 39 ans. Résection du rectum pour carcinome. Au milieu du rectum, grosse tumeur de 2 c/m, présentant un fond fortement bosselé; au-dessus, muqueuse épaissie d'apparence verruqueuse, elle est ici très fortement parsemée de polypes petits verruqueux qui s'aplatissent mutuellement. La tumeur et ce qui l'entoure étaient infiltrés d'une façon carcinomateuse; quelques jours plus tard, le patient mourut, et on trouva à l'autopsie, le gros intestin légèrement gonflé et dans toute son étendue, de nombreux petits polypes de la

gros seur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. Entre eux, de petites tumeurs pédiculées. Le diagnostic anatomique fut : carcinome adénomateux, d'origine polypeuse.

OBSERVATION XXXIV

Cas de HAUSER. — Iéna 1896.

DAS CYLINDER EPITHEL. CARCINOME DES MAGENS UND DICHDARMS.

Une vieille femme est atteinte de colite polypeuse. La paroi du colon est épaissie, la muqueuse injectée et tout l'intestin est enflé; au colon transverse, on constate quelques épaississements de la muqueuse de la grosseur d'une lentille plate, qui deviennent plus nombreux vers la courbe gauche du colon et possèdent une base tantôt large, tantôt en forme de champignon; vers le rectum, tout l'intestin en est comme semé, elles sont en partie pédiculées et en forme de polypes; dans l'S iliaque, ces excroissances deviennent plus grosses; à la surface elles possèdent un aspect bosselé; elles sont fortement injectées, beaucoup de celles-ci sont pédiculées où ces tumeurs sont très grandes; l'intestin est soudé à ce qui l'entoure, la paroi intestinale est fortement épaissie et a subi la dégénérescence carcinomateuse. Au microscope, on constate que les excroissances de la muqueuse circonscrites et en partie polypeuses, au-dessus et au-dessous du carcinome, ont toutes le même caractère atypique.

OBSERVATION XXXV

Paul FINK. — Greifswald 1894.

ADÉNOMES MULTIPLES DANS LE RECTUM COMME CAUSE DE CARCINOME

M..., 19 ans, tanneur qui, depuis son enfance, souffrait de constipation; assez souvent a éliminé par l'anus un corps rouge; depuis le 11 janvier, il apporte sa tumeur après chaque défécation. Depuis, les selles contenaient du sang et des

mucosités ; une sœur du malade souffrait en même temps de polypes du rectum.

Homme d'apparence faible ; rien de particulier aux organes internes ; au toucher rectal on constate que toutes les parties que l'on peut atteindre sont implantées d'excroissances molles, allant jusqu'à la grosseur d'une noix ; lorsqu'on fait pousser le malade et sous l'effort, on voit sortir de l'anus une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Elle a l'apparence de polypes en grappes et quelques tumeurs sont de la grosseur d'un pois jusqu'à la grosseur d'un œuf de pigeon. Les plus petits sont anémiques et jaunâtres, les plus gros sont fortement vascularisés. Nulle part d'ulcérations. On supprime la tumeur en partie par le galvano-cautère, en partie par les ciseaux. On sent, en haut du rectum, plusieurs petits polypes et un plus gros, qui n'occasionnaient plus aucune douleur. Le malade, abandonné comme guéri, fut bientôt obligé de revenir à l'hôpital ; les douleurs avaient repris, il existait une diarrhée constante et une incontinence presque absolue. De fortes douleurs dans le bas-ventre. Malade très amaigri et très anémié ; bas-ventre très sensible à la pression, élimination de selles toutes les 5 ou 10 minutes, selles claires, liquides et contenant des mucosités ; chaque fois surviennent des douleurs vives sous forme de coliques ; ces douleurs diminuent par l'application de teinture d'opium. L'intestin est gonflé. Fièvre le soir. On trouve des polypes au rectum. Quelques jours plus tard, on décide la laparotomie ; incision entre l'épine antérieure et supérieure et la symphyse ; on retire l'intestin, on le fixe et il est ouvert un jour après ; l'administration d'opium apporte un grand bien-être ; trois semaines plus tard, les selles deviennent purulentes. Dans l'anse intestinale ouverte se trouvent de nombreux polypes.

OBSERVATION XXXVI

Cas de BARDENHEUR *Archiv. fur. Khir Chirurgie* 1890

Le malade âgé de 48 ans, souffre depuis un an de douleurs en allant à la selle. Dévoiement fréquent ; le malade ne sait rien dire de ses affections antérieures ; fonctions intestinales normales. Avant l'entrée, douleurs plus vives, selles diarrhéiques avec sang.

Etat actuel. — Pâle, anémique, le visage est jaune, traces évidentes d'un grand amaigrissement. Le toucher rectal donne les résultats suivants : à 6 centimètres au-dessus de l'anus stricture solide en forme d'anneau laissant passer l'extrémité de l'index. La tumeur n'est pas encore étendue aux parois du bassin. Au-dessous de la stricture, on sent de nombreuses excroissances papillaires en partie molles, en partie compactes. Celles-ci arrivent jusqu'à l'ouverture anale mais ne franchissent pas les bords de la muqueuse ; la région de la stricture est fortement infiltrée ; on posa alors le diagnostic de carcinome gélatineux du rectum et on décida une opération conduite par Bardenheuer. Le collapsus arrive quelques jours après ; température 36° 2. Le malade meurt de péritonite.

L'autopsie montra, comme cause inévitable de la mort, une péritonite septique à la suite d'une gangrène d'une partie d'intestin longue de 30 centimètres. En dehors de cela tout le gros intestin jusqu'au cœcum était couvert de petites excroissances en forme de polypes, comme elles avaient été trouvées pendant la vie. Le stricture révéla à l'examen microscopique un adéno-carcinome typique.

OBSERVATION XXXVII

Cas du professeur HUSS. — *Hygiea*, juni, 1844.

Ouvrier 44 ans malade, en 1841, de dysenterie,; diarrhée constante depuis ce temps avec souvent du sang dans ses sel-

les. En juillet 1841 ses pieds enflèrent, les selles devinrent involontaires, sa nourriture passant tout entière sans modifications. Le malade perdit ses forces et mourut en octobre 1842; l'autopsie montra de nombreuses modifications de la muqueuse intestinale et stomacale; la première moins intéressée dans l'intestin grêle comprenant 12 formations polypeuses détachées dans la lumière de l'intestin; leur grosseur, très variable, allait de la grosseur d'une noix à celle d'un haricot; l'examen microscopique fit conclure au diagnostic d'adénomes.

OBSERVATION XXXVIII

Cas de M. RAYMOND. — Société anatomique, février 1887 et octobre 1887.

M. Raymond présente l'estomac d'un homme mort dans le service de M. Lancereaux, avec tous les signes de la cirrhose alcoolique et, en particulier, avec de l'ascite et des hémorrhagies.

A l'autopsie : foie normal, mais, dans l'estomac, hypertrophie considérable de la muqueuse qui présente des plis et des circonvolutions avec intégrité des autres tuniques. Mêmes lésions dans l'intestin. C'est un cas de *polyadénome gastrique et intestinal*.

OBSERVATION XXXIX

Cas de M. GIRODE. — Société anatomique, janvier 1889.

ARTÉRIO-SCLÉROSE ET NÉPHRITE INTERSTITIELLE. — ADÉNO-ÉPITHÉLIOMA DU REIN GAUCHE. — ADÉNOMES INTESTINAUX ET LÉSIONS DE GASTRO-ENTÉRITE.

Plusieurs adénomes à l'origine du jéjunum. Petits mame-lons de la muqueuse gastrique, durs avec des vaisseaux thrombosés à leur niveau.

OBSERVATION XL

Cas de ROBERT

POLYPES MULTIPLES DU RECTUM.

In CHARGELAIGUE.

25 juillet 1851. — Dans le service de M. Robert, à l'hôpital Beaujon, est couchée une jeune fille de 16 ans, non réglée, grande, maigre, assez bien constituée. Les parents sont très bien portants. Depuis l'âge de 9 ans, époque à laquelle elle reçut un violent coup de pied, suivi d'hémorrhagies rectales, elle porte à la marge de l'anus, de petits boutons qui sortent quand elle va à la garde-robe et qu'elle fait facilement rentrer. Jamais elle n'a éprouvé de douleur, ses selles, normales, sont souvent accompagnées de sang.

Actuellement, la malade porte dans le rectum, à trois pouces environ de l'anus, un paquet de petites tumeurs, de volume variable, depuis celui d'un grain de chènevis jusqu'à celui d'une aveline ; elle sont sphériques ou ovoïdes, d'une consistance mollassée, et résistantes cependant sous le doigt ; elles sont rosées. Leur aspect, considérées en masse, est celui d'une grappe de raisins roussâtres, complètement indolents au toucher.

La malade n'éprouve de gêne de ces tumeurs que lorsqu'elle va à la garde-robe ; à chaque selle, en effet, les tumeurs sortent, et la malade les fait rentrer facilement, un léger écoulement de sang accompagne leur sortie. Dans l'intervalle des garde-robes, il sort quelquefois un peu de matières blanchâtres par l'anus. L'appétit et les fonctions digestives s'accomplissent bien ; la malade a eu, depuis quelques jours une légère toux ; sans que l'auscultation montre aucune altération dans la poitrine.

5 août. — M. Robert, après avoir introduit un spéculum ani ordinaire, et fait pousser la malade, comme si elle allait

à la selle, a saisi successivement ces petites tumeurs à mesure qu'elles se présentaient ; il en a extrait successivement neuf petites, la plus grosse ayant le volume d'un gros grain de raisin. Il y eut à peine un léger écoulement de sang qui s'est arrêté de suite.

Voici le résultat, à l'examen microscopique des neuf tumeurs, fait par M. Robin : « Les tumeurs sont formées presque exclusivement de glandes hypertrophiées venant de la muqueuse ; au milieu de leur déformation, elles se rapprochent plus des glandules des amygdales ou du pharynx que de toute autre. »

Le 15 août. — M. Robert fait sans accident et sans douleur l'extirpation de quinze petites tumeurs.

Le 25 août, Extirpation de trois petites tumeurs, la malade rend toujours du sang quand elle va à la garde-robe. La muqueuse rectale est d'un gris parcheminé ; elle dit qu'il sort toujours une masse aussi volumineuse qu'autrefois ; cautérisations avec le nitrate d'argent.

Le 28 octobre. — La malade va beaucoup mieux ; elle ne perd presque plus de sang ; il ne sort plus rien quand elle va à la garde-robe ; mais plusieurs ablations de tumeurs et quelques cautérisations avec le nitrate d'argent ont été faites dans l'espace de temps qui s'est écoulé depuis le 25 août. La santé générale s'est considérablement améliorée ; la malade a pris de l'embonpoint, elle n'a plus cette teinte pâle qu'elle avait à son entrée.

1^{er} novembre. — Nouvelle ablation de tumeurs et cautérisations : la muqueuse a repris son aspect normal.

Le 20. — La malade sort parfaitement guérie. M. Robert a observé un autre cas absolument identique dont il n'a pu retrouver la note. Il a employé le même traitement avec succès.

OBSERVATION XLI

HAUSER.

Il est question d'un homme de 60 ans dont on résèque le rectum carcinomateux. Dans le rectum, tumeur infiltrée et, autour, des excroissances polypeuses ; à quelques millimètres de la tumeur se trouve un petit polype pédiculé dans lequel l'examen microscopique fit découvrir une prolifération de l'épithélium glandulaire de la muqueuse. Le reste du rectum avait une apparence normale. Comme le patient vit encore (1896), on ne peut assurer si les excroissances avaient gagné le colon ; elles n'étaient pas ici fortement pédiculées.

OBSERVATION XLII

HAUSER

Homme de 60 ans qui avait éliminé dans ses selles, à bref intervalle, huit petits polypes pédiculés allant jusqu'à la grosseur d'une cerise. L'hémorrhagie était insignifiante. Depuis, les selles continrent du sang et des mucosités. Le malade mourut quelques jours après avec les symptômes d'une péritonite par perforation.

L'autopsie montre un carcinome de l'estomac et un carcinome de l'S iliaque avec perforation. Dans la partie inférieure du colon se trouvait un polype gros comme un noyau de cerise et longuement pédiculé. Les polypes éliminés pendant la vie avaient une constitution papillomateuse de même que le polype isolé situé au-dessous de la tumeur ; on porte ici aussi le diagnostic de carcinome adénomateux dérivant de papillomes de la muqueuse.

CONCLUSIONS

1^o Les polyadénomes de l'intestin (polypose intestinale de Hauser, colite polypeuse de Virchow) surviennent, en général, chez des individus jeunes, de 16 à 30 ans le plus souvent. C'est une affection rare.

2^o Elle apparaît formée par des polypes multiples extrêmement nombreux, non localisés au rectum, mais s'étendant le plus souvent à la surface du gros intestin.

Ces polypes sont, au point de vue histologique, des adénomes.

3^o La polypose intestinale s'accuse par trois symptômes principaux : la diarrhée, les hémorrhagies et les phénomènes douloureux auxquels viennent se joindre les renseignements de l'examen au spéculum et du toucher rectal. Elle se présente quelquefois sous la forme de l'occlusion intestinale (par invagination).

4^o La déperdition incessante de sang détermine une altération de l'état général des plus graves.

5° La seule manière de sauver le malade est de détourner les matières fécales du gros intestin, comme le propose M. le professeur agrégé Gangolphe, par une cœcostomie iliaque, par le procédé de la double ligature, ayant l'avantage de mettre le gros intestin au repos et de supprimer les hémorrhagies avec l'irritation mécanique qui les provoque.

VU :

Le président de la Thèse,

TRIPPIER.

VU :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLINGHAM. — Case of polypoid growth of the rectum. — *Lancet*, Londres 1886.
- ARTUS. — Du sarcome du cæcum. — Thèse, Paris, 1894.
- AUSSET et CHRÉTIEN. — Entérite chronique avec énorme végétation polypiforme ulcérée, ayant détruit la valvule de Bauhin. — Septembre 97, *Revue des maladies de l'enfance*.
- BALL. — The benign neoplasms of the rectum. — *Brit Med. Journ.* 1890.
- BARDENHEUER. — Eine seltene form von multiplen Drüsenwucherungen der gesammten Dickdarm und Rectals chleimhaut neben Carcinoma. — *Arch. für Klin. Chir.* 1891.
- BELLELI. — Du rôle des parasites dans le développement de certaines tumeurs. Fibro adénome du rectum produit par des œufs du Distomum Hæmatobium. — *Progrès médical* 1885, n° 30.
- BICKERSTETT. — *St-Bartholom. Hospit. Rep.* 1890.
- BERGMANN. — Prolapsus du rectum par polypes multiples. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 30 décembre 1889, n° 52.
- BERNARDINO. — Rara forma di polipo dell retto. *Riv. clin. e terap.* Naples 92.
- BOWLBY. — Transact. of the path. Soc. of London 1883.
- BOAS. — Adénosarcome du pylore diagnostiqué avant toute tumeur extérieure et extirpée. — *Berlin. Klin. Woch.* 97.

- BOSSERT. — Ueber Mastdarm polypen bei Kindern, Strasbourg, 92.
- BRUNEAU. — Thèse de Paris 1883.
- BRISSAUD. — *Archives générales de Médecine*, 1885.
- BRITNEW. — Un cas de lymphome malin de l'intestin. — *Russkaia med.* n° 30.
- CARBONE. — Des adénomes de l'intestin grêle. — Giorn., Acad. med. di Torino, février-mars 1889.
- CARO. — Myome Kystique à fibre lisse de l'intestin grêle, cause d'étranglement interne. — *Berlin. Klin. Woch.* 96.
- CHARGELAIGUE. — Des polypes du rectum. — Th. Paris, 1859.
- CLOS. — De l'invagination intestinale provoquée par les tumeurs del'intestin. Thèse de Paris 1883.
- COLLIER. — *Brit. Medic. Journ.*, 1895.
- COOK. — Villous tumor of the rectum. *Med. Rec. New-York*, 1889.
- CRESCENZI. — Considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche su di un caso di tumore poliposo non comune dell intestino retto. *Gazz. d. clini. Napoli*, 1892.
- CRIPPS. — Polypus of the rectum. *Illust. med. News London*, 1890.
- DANTON. — Multiple papillomata of the colon and rectum. *Lancet*, Londres 1893.
- DALTON. — Transact of the path. Societ. of London, 1895.
- DELAFIELD. — Inflammation du colon. Traitement., *Americ. J. of med.*, octobre 1897.
- DELAGENIÈRE. — Etude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros intestin. *Gaz. des Hôp.*, 2 juillet.
- DESNOS. — *Bulletin Société anatomique*, octobre 1880.
- DUNN. — Transac. of the path. Soc. of London, 1890.
- FINK. — Multiple Adénome im Mastdarm als ursache fur carcinom. Inaugur. Dissert. Greifswald, 1894.
- FISCHER. — Mittheilung einiger operister Rectum polipen. *Zeitschr. f. Wundaerzte und Gebintshelfer*, 1888.

- FLERSCHEIM. — Les myomes du tube digestif *Journal des praticiens*, juin 1897.
- FLOYER. — Congenital intestinal polypus. *Brit. Med. Journal*, Londres 1886.
- FOCHIER. — Polypes multiples du rectum. *Lyon Médical*, 1874.
- FRANÇOIS. — Un cas de cancer de l'iléon. *Marseille Médical*, septembre 1897.
- GIRALDES. — Maladies des enfants.
- GIRODE. — Société anatomique 1887. Société anatomique 1889.
- GEISSLER. — Réunion des médecins de Berlin. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895.
- GUERSANT. — Chirurgie des enfants 1864-1867.
- GUILLET. — Adénomes multiples du gros intestin. *Bull. Soc. anat.*, mars 1887.
- HAMON DU FOURGERAY. — Sur une observation de polype muqueux du rectum. *Bull. et Mém. de la Société de Chirurg. de Paris*, t. XIII.
- HANDFORD. → Disseminated polypi of the large intestine becoming malignant, strictures (malignant adenoma) of rectum and of the splenic flexure of the colon ; Secondary growths in the liver. *Tr. path. Soc. London*, 1889.
- HAYNES. — Congenital tumor of the rectum. *Med. News Philad.*, 1886.
- HAUSER. — Le carcinome de l'épithélium de l'estomac et du gros intestin. *Iéna*, 1890.
- HAUSER. — Sur la polypose adénomateuse de l'intestin et ses rapports avec la transformation en carcinome. *Deutsch. Arch. für Klini. medicin.*, 1895.
- HEURTAUX. — Myomes de l'intestin. *Arch. provinciales de Chirurgie*, 1896.
- HEISIG. — Un cas de fibrome polypeux de l'intestin. Thèse de Greifswald, 1897.
- HEYDENREICH. — L'exclusion de l'intestin. *Semaine Médicale*, févr. 1897.

HOLTKAMP. — Des polypes du rectum. Leipzig.

HORAND. — *Société de Chirurgie, Lyon*, 3 novembre 1897.

JACOBI. — Polipi del retto. *Arch. di patol. inf. Nap.*, 1886.

KELSEY. — Adéno-papillome du rectum. *New-York. Med. Journal*.

KARAJAN. — Ein geheilter Fall von darm polyposis. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1899.

KOHLER. — Entzündungen und Neubildungen am After und Mastdarm. *Charité Annal. Berlin*, 1892.

KAMMERER. — Cases of osteo-plastic resection of the sacrum. *New-York med.*, 1894.

LETZERICH. — Ueber eine polypöse Excrescenz von der Schleimhaut des S. romanum. *Archives de Virchow*, 1867.

LUSCHKA. — Ueber polypöse Vegetationen der gesammten Dickdarmschleimhaut. *Archives de Virchow*, 1860.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Rapport sur une observation de polype muqueux (adénome) du rectum. *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie, de Paris*, 1887.

LOVIOT. — Polype du rectum, fibro-myome, ligature suivie d'excision immédiatement après l'accouchement. *Journ. Méd. Paris*, 1890.

LOCKWOOD. — Polypus of intestine associated with intussusception. *Tr. Path. Soc. London*.

LANGE. — De l'ichthyol dans les entérites graves. *Allg. med. centr. Zeit.*, 9 janvier 1897.

LETULLE. — Les greffes cancéreuses de l'intestin. *Rev. de gynécologie*, 1897.

LETULLE. — Kystes multiples de l'intestin grêle, *Soc. anatomique*, 1896.

LEROY. — Les polypes du rectum, Paris, 1862.

LÉVESQUE. — id. Paris, 1866.

MARFAN. — id. Paris, 1887.

MÉNÉTRIER. — *Arch. de physiologie*, 1888.

MÉNÉTRIER. — Société anatomique, 1887.

MOLLIÈRE. — Les affections du rectum.

MOUCHET. — *Bulletin de la Société anat.*, 1894.

- MERMET. — Sarcome primitif de l'intestin grêle, *Soc. anat.*, 1896.
- MAKINS. — *St-Barthol. Hosp. rep.*, 1887.
- MORTON. — *The Lancet*, 1895.
- NOTTCHAFFT. — Un cas de cancer multiple de l'intestin grêle. *Deut. med. Woch.*, 1897.
- PALTAUF. — Gesellschaft der Aerzte in Wien sitzung, 19 mai 1899. *Wiener Klinische Wochenschrift*.
- PRESLEY. — Rectal polypus, Philadelph., 1887.
- PÉAN. — Polypes du rectum. Leçons de clinique chirurg., Paris, 1888.
- PERRY. — Papilloma of the duodenum.
- PORT. — Multiplepolypen bildung im tractus intestinalis. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1895.
- QUÉNU et LANDEL. — Les polyadénomes de l'intestin, *Revue de Chirurgie*, mai 1899.
- RAYMOND. — *Soc. anat.*, févr. et oct. 1887.
- RINONAPOLI. — Polipo rettale. *Arch. di patol. in f. Napoli*, 1887.
- RICHET. — *In* Chargelaigue.
- ROBERT. — id.
- ROTTER. — Polypose intestinale. *Centralblatt f. Chirurgie*, 1898.
- SMITH. — Three cases of multiple polypi of the lower bowell occuring in one family. *St-Bartholomews Hosp. reports*, 1887.
- SHEILD. — Large rectal polypus. *Transct. of path. Soc. of London*, 1887.
- SAILER. — Zur Kenntniss der Adenome und Carcinome des Darms. — Tübingen, 1888.
- SHATTOK. — Polypi of lymphatic tissue, from a child's rectum. — *Tr. path Soc. London*, 1889.
- TACHARD. — Polypes papilliformes du rectum, — *Gaz. des Hôpitaux*, 1870.
- VANDERBERGHE. — Valeur du tannigène dans le traitement des affections intestinales. — *Belgique Méd.*, 1897.

WHITE. — De la colite, *Lancet*, 1895.

SKLIASOWKI. — Polyadenoma tractus intestinalis. — *Centralbl. f. Chirurg.* 1881.

WHARTON. — A case of polipus of the rectum. — *Ann. Gynæc. and. Pæd. Philadelph.*, 1889-90.

WETTERGREEN. — Gässäggstost. Papilloma polyposum recti. Tira Goteborg, 1888.

WHITE. — Polypus of jejunum. — *Brit. Méd. journ.*, 1890.

WULF. — Entstehung der Dickdarmkrebse aus Darm polipen. — Kiel, 1892.

VIRCHOW. — Die Krankhäften geschwulste, 1863.

